N° 82-622-X au catalogue — n° 004
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-94496-8

Document de travail

Série de documents de travail de la recherché sur la santé

La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé

par Rochelle Garner, Gisèle Carrière, Claudia Sanmartin et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-M, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé

par Rochelle Garner, Gisèle Carrière, Claudia Sanmartin et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

82-622-X nº 004
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-94496-8

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé
24-M, immeuble R.-H.-Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Numéro de téléphone : 613-951-3977
Numéro de télécopieur : 613-951-3959
Courriel : Rochelle.Garner@statcan.gc.ca

Le document est disponible en format électronique à www.statcan.gc.ca

Juin 2010

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2010

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électonique peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 004).

Note de reconnaissance :
Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle
Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.ca sous la rubrique À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.

Au sujet de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques sur la santé et le bien-être de la population du Canada. Nous effectuons des enquêtes auprès des Canadiens et recueillons des données administratives afin de comprendre l'état de santé de la nation, les caractéristiques et les comportements qui favorisent la santé ou qui lui sont nuisibles, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats en matière de santé.

Nous informons la population canadienne grâce à l'analyse et à la diffusion de nos fonds de données. Statistique Canada publie mensuellement *Rapports sur la santé*, une revue avec comité de lecture et indexée consacrée à la recherche sur la santé des populations et sur les services de santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Au sujet de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) est un partenariat entre les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et Statistique Canada, ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien des registres du cancer et le Conseil sur la statistique de l'état civil du Canada. L'objectif de l'Initiative est de combler d'importantes lacunes en matière d'information en veillant à ce que des données administratives clés, comme celles recueillies couramment par l'entremise du système de santé, puissent être utilisées pour entreprendre des études pancanadiennes en vue de mieux comprendre les relations entre les facteurs de risque, les caractéristiques socioéconomiques, les mesures de l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Les travaux de recherche comprennent le couplage des données administratives provinciales et territoriales sur la santé entre elles, ainsi qu'à celles provenant des enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada, des bases de données sur les naissances et les décès, et du Registre canadien du cancer. En plus de compléter les importantes études par couplage d'enregistrements déjà effectuées individuellement par les provinces, les études fondées sur les DLAS offrent des occasions inestimables de tirer des enseignements des comparaisons entre les provinces et territoires, et facilitent la réalisation d'études à plus grande échelle portant sur des événements et des problèmes de santé moins fréquents. Brièvement, l'Initiative sur les DLAS a pour objectif d'établir les fondements d'un programme canadien de couplage d'enregistrements en vue d'élargir le champ des connaissances sur les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé, ainsi que les rapports qui existent entre eux.

Statistique Canada est l'organe opérationnel du partenariat concernant les DLAS. Deux divisions de Statistique Canada, la Division de la statistique de la santé (DSS) et la Division de l'analyse de la santé (DAS) collaborent au soutien de l'Initiative.

La DSS est responsable du soutien administratif permanent, y compris l'organisation des réunions du comité directeur et la fourniture de services de secrétariat à l'Initiative. Elle est également responsable de la construction et de la maintenance de l'environnement de traitement des données de l'Initiative sur les DLAS, du stockage et du traitement sécuritaires des ensembles de données des DLAS et de la production de fichiers de données couplées d'analyse pour toutes les études approuvées.

La DAS offre au programme des DLAS le soutien à la recherche dont il a besoin par l'entremise de l'équipe de recherche de l'Initiative sur le DLAS. La DAS est la source principale de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle a pour mandat de fournir des renseignements de haute qualité, pertinents et complets sur l'état de santé de la population et sur le système de soins de santé. Le présent projet représente l'une des quatre études entreprises par l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui figurent au programme de recherche établi par le Comité directeur de l'Initiative en 2008.

Remerciements

Statistique Canada remercie les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. En particulier, nous tenons à exprimer notre appréciation aux membres du Comité de l'Initiative sur le DLAS qui a dégagé les domaines de recherche prioritaires et fourni des commentaires essentiels :

Adalsteinn Brown (coprésident, Ontario)

Michael Wolfson (coprésident, Statistique Canada, 2007 à 2009)

Anil Arora (coprésident, Statistique Canada, 2009 à aujourd'hui)

Joy Maddigan (Terre-Neuve-et-Labrador)

Ann Vivian-Beresford (Terre-Neuve-et-Labrador)

Pat Charlton (Île-du-Prince-Édouard)

John Boyne (Nouveau-Brunswick)

David Elliott (Nouvelle-Écosse)

Sten Ardal (Ontario)

Vasanthi Srinivasan (Ontario)

Louis Barre (Manitoba et ICIS)

Deborah Malazdrewicz (Manitoba)

Jacqueline Messer-Lepage (Saskatchewan)

Bev Walkner (Alberta)

Ian Rongve (Colombie-Britannique)

Jean-Marie Berthelot (ICIS)

Julie McAuley (Statistique Canada)

Jillian Oderkirik (Statistique Canada)

Les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas forcément celles des représentants provinciaux individuels ni de leurs ministères de la Santé respectifs.

Les membres de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui ont fait bénéficier le projet de leur leadership scientifique comprennent Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Helen Johansen, Saeeda Khan, Kim McGrail, Lindsay Porter, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin.

Nous remercions également Bob Kingsley et Richard Trudeau de leur leadership et de leur détermination à réaliser les objectifs en matière de données de l'Initiative sur les DLAS.

Nous remercions aussi Éric Guimond, de la Direction de recherche et analyse stratégique des Affaires indiennes et du Nord Canada, Jennifer Pennock, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et Heather Tait, de la Division de la statistique sociale et autochtone de Statistique Canada, pour leurs commentaires constructifs sur des versions provisoires du présent rapport.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de rédaction et de production de la Division de l'analyse de la santé pour leur contribution et pour leur expertise, y compris Janice Felman, Robert Pellarin et Rasha Bradic.

Sommaire

Les Autochtones, c'est-à-dire les Premières Nations, les Métis et les Inuits, représentent une part croissante de la population canadienne. Malgré l'âge moyen plus faible de ces populations, les Premières Nations, les Métis et les Inuits ont tendance à subir un plus lourd fardeau de morbidité et de mortalité que les Canadiens non autochtones. Cette situation pourrait tenir, en partie, à des taux plus élevés de désavantage socioéconomique chez les populations autochtones.

Les objectifs de la présente étude sont les suivants :

- décrire la santé et le bien-être des adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve, et comparer ces caractéristiques à celles des adultes non autochtones;
- examiner la contribution des facteurs socioéconomiques et liés au mode de vie aux inégalités en matière de santé chez les adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve comparativement aux adultes non autochtones;
- examiner l'effet des facteurs socioéconomiques liés au mode de vie sur la santé des non-Autochtones, des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits adultes.

Pour réaliser ces objectifs, nous avons analysé des données provenant de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 (cycle 4.1). Les analyses ont été limitées aux adultes de 20 ans et plus provenant des deux enquêtes.

Les résultats indiquent que les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes sont moins susceptibles que les adultes non autochtones de déclarer être en excellente ou en très bonne santé, et plus susceptibles de souffrir d'un problème de santé limitant leurs activités. En outre, les membres des Premières Nations et les Métis adultes étaient plus susceptibles que les non-Autochtones adultes d'avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique, tandis que les Inuits adultes étaient aussi ou moins susceptibles d'être dans cette situation. Tenir compte de l'effet de facteurs tels que le revenu et le niveau de scolarité réduits, mais n'élimine pas toujours les inégalités en matière de santé entre les adultes autochtones et non autochtones. La correction pour tenir compte d'autres facteurs, dont le tabagisme, l'indice de masse corporelle, les contacts avec un professionnel de la santé ou la vie dans un centre urbain, ne produit qu'une faible réduction supplémentaire des inégalités en matière de santé. De plus, l'effet de plusieurs de ces facteurs sur la santé n'est pas le même chez les adultes des divers groupes autochtones que chez les adultes non autochtones.

Les résultats de la présente étude montrent que, même si le revenu et le niveau de scolarité expliquent partiellement les différences d'état de santé entre les Canadiens autochtones et non autochtones, des écarts persistent souvent. Cela signifie que d'autres facteurs contribuent au fardeau de morbidité plus lourd chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits. En outre, les facteurs souvent associés à la santé de la population dans son ensemble n'agissent pas de la même façon chez certaines populations autochtones. De futurs travaux de recherche pourraient porter sur l'étude de prédicteurs plus généraux et culturellement plus pertinents de la santé chez les peuples autochtones.

Table des matières

Introduction 1
Objectifs de l'étude 1
Résultats 3
Les Autochtones sont plus susceptibles de déclarer de moins bons résultats en matière de santé 3
Le cas du diabète 3
Accès aux professionnels de la santé 5
Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques diffèrent 5
Tabagisme et indice de masse corporelle 7
Le revenu et le niveau de scolarité expliquent une partie, mais non la totalité, des différences d'état de santé 8
Modèles de régression séquentielle pour l'état de santé général 8
Modèles de régression séquentielle pour la probabilité d'avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique .. 9
Modèles de régression séquentielle pour le diabète, l'asthme et l'arthrite 11
Les facteurs associés aux résultats en matière de santé diffèrent chez les adultes autochtones et non autochtones 12
Discussion et conclusion 16
Références 16
Notes techniques 18
Calcul et comparaison des statistiques descriptives (proportion, moyennes) 18
Comparaison des estimations issues d'un seul modèle de régression logistique 18
Comparaison des estimations issues de modèles de régression logistiques distincts 18
Annexe 20

Introduction

Depuis un certain nombre d'années, la proportion d'Autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits) au sein de la population canadienne s'est accrue. Selon le Recensement de 2006, les Autochtones représentaient 3,7 % de la population, comparativement à 2,8 % seulement dix ans auparavant[1]. Il s'avère que cette croissance a été dictée, non pas tant par la hausse des taux de fécondité, mais plutôt par la mobilité ethnique, c'est-à-dire les changements au cours du temps de l'identité ethnique déclarée par les individus[2]. Autrement dit, une plus forte proportion de Canadiens que par le passé s'auto-identifient comme étant des Autochtones.

En moyenne, la population autochtone est considérablement plus jeune que la population non autochtone. Près de la moitié (47 %) des Autochtones ont moins de 25 ans, comparativement à moins du tiers (30 %) des non-Autochtones (figure 1).

Bien que leur population soit plus jeune, les Autochtones du Canada jouissent généralement d'un moins bon état de santé et de bien-être que les Canadiens non autochtones. Ainsi, en 2001, l'espérance de vie des Autochtones vivant dans les régions du pays habitées par les Inuits était inférieure de plus de 12 ans à celle de la population canadienne dans son ensemble[3], et ceux déclarant le statut d'Indiens inscrits présentaient des taux de mortalité significativement plus élevés que les personnes ne faisant pas cette déclaration[4]. Les membres des Premières Nations et les Métis adultes ont tendance à juger leur santé générale moins bonne, sont plus susceptibles de déclarer des problèmes de santé chronique, tels que le diabète, l'arthrite ou l'hypertension, et sont plus susceptibles de souffrir d'un problème de santé limitant leurs activités que les adultes non autochtones[5-8].

En plus des diverses inégalités en matière de santé, d'importantes inégalités en matière de ressources et de conditions socioéconomiques existent entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada. Selon le Recensement de 2006, les Canadiens non autochtones avaient un revenu personnel plus élevé, en moyenne, que les personnes qui s'auto-identifiaient comme étant Métis, Inuits ou membres des Premières Nations[9]. Il existe également d'importants écarts de niveaux de scolarité, les Autochtones étant moins susceptibles de terminer leurs études secondaires ou de poursuivre des études postsecondaires que les non-Autochtones[7,10-12].

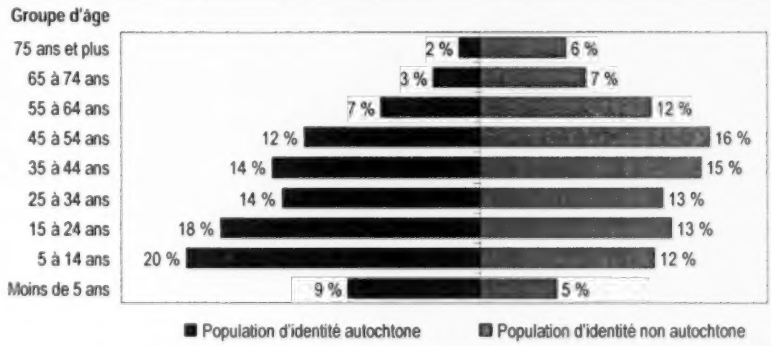
De nombreuses études publiées révèlent un lien entre l'existence de conditions socioéconomiques défavorables et de moins bons résultats en matière de santé[13-21]. Étant donné cette association, il se pourrait que les inégalités en matière de santé observées chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes soient le résultat de la pauvreté et du désavantage socioéconomique. Inversement, les inégalités en matière de santé pourraient persister même en l'absence de différences socioéconomiques entre les Autochtones et les non-Autochtones.

Objectifs de l'étude

Afin d'aborder ce genre de questions, la présente étude poursuit trois objectifs :

1. décrire la santé et le bien-être des adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve, et comparer ces caractéristiques à celles des adultes non autochtones;
2. examiner la contribution des facteurs socioéconomiques et liés au mode de vie aux inégalités en matière de santé chez les adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve, comparativement aux adultes non autochtones;
3. examiner l'effet des facteurs socioéconomiques et liés au mode de vie sur la santé des non-Autochtones, des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits adultes.

Figure 1
Structure par âge des populations d'identité autochtone et d'identité non autochtone, Canada, 2006



Source: Recensement de 2006.

Sources des données

La présente étude s'appuie sur deux sources de données. La première, qui a fourni des renseignements sur la santé des Autochtones, est l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006. La deuxième, qui a fourni des renseignements sur la santé des non-Autochtones, est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007, cycle 4.1. Les deux enquêtes contenaient des questions similaires sur la santé et les caractéristiques sociodémographiques qui ont été utilisées pour comparer la santé et les conditions socioéconomiques chez les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones adultes (20 ans et plus).

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) a fourni des données sur les conditions socioéconomiques des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits âgés de six ans et plus. Réalisée en tant qu'enquête postcensitaire, l'EAPA de 2006 s'appuyait pour l'échantillonnage sur les réponses au Recensement de 2006. D'autres renseignements sur l'EAPA peuvent être consultés ailleurs[22]. L'échantillon de l'EAPA utilisé dans la présente étude était limité aux personnes de 20 ans et plus (n=25 236).

Au recensement, ainsi que dans l'EAPA, les répondants ont indiqué s'ils s'auto-identifiaient comme étant un(e) Autochtone. Plus précisément, ils ont indiqué s'ils s'auto-identifiaient comme un(e) membre des Premières Nations (Indien(ne) de l'Amérique du Nord), un(e) Métis(se) ou un(e) Inuit(e). Les personnes qui ont répondu affirmativement à une seule catégorie d'identité autochtone ont été retenues dans l'échantillon de répondants autochtones (n=20 086). Les personnes qui ne se sont pas auto-identifiées comme un(e) Autochtone (n=4 231), celles qui ont répondu à plusieurs catégories à la question sur l'identité autochtone (n=472) ou celles qui ont indiqué qu'elles faisaient partie d'une autre population d'identité autochtone (n=447) ont été exclues de l'échantillon. L'échantillon final d'adultes autochtones comptait 4 040 Inuits, 7 279 Métis et 8 767 membres des Premières Nations vivant hors réserve.

Comme nous l'avons mentionné, l'EAPA de 2006 a été réalisée uniquement hors des réserves. Par conséquent, dans tout le document, le terme « Premières Nations » fait référence uniquement aux membres des Premières Nations vivant hors réserve et ne doit pas être interprété comme se rapportant aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves.

L'ESCC est une enquête transversale conçue pour recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne à domicile de 12 ans et plus des dix provinces et des trois territoires. Sont exclues du champ de l'ESCC les personnes vivant dans les réserves indiennes, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants des régions éloignées du pays. D'autres renseignements sur le plan de sondage et la base de sondage de l'ESCC peuvent être consultés ailleurs[23]. L'échantillon de l'ESCC utilisé dans la présente étude est limité aux personnes de 20 ans et plus (n=58 957).

Dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux participants : « Êtes-vous un(e) Autochtone, c'est-à-dire un(e) Indien(ne) de l'Amérique du Nord, un(e) Métis(se) ou un(e) Inuit(e)? ». Les personnes qui ont répondu affirmativement ont été exclues de l'échantillon de l'ESCC utilisé dans la présente étude (n=2 671). Les autres répondants constituent l'échantillon de non-Autochtones dans les analyses. L'échantillon final comptait 56 286 non-Autochtones adultes.

Résultats

Les Autochtones sont plus susceptibles de déclarer de moins bons résultats en matière de santé

En général, les Autochtones étaient moins susceptibles que les non-Autochtones de déclarer que leur santé est optimale. Les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes étaient tous significativement moins susceptibles que les adultes non autochtones de juger leur santé excellente ou très bonne ou de déclarer n'avoir aucun problème de santé limitant leurs activités (tableau 1). Les adultes membres des Premières Nations et métis étaient également plus susceptibles que les adultes non autochtones de déclarer qu'on avait diagnostiqué chez eux un problème de santé chronique. Par contre, cette proportion était significativement plus faible chez les adultes inuits (tableau 1).

Si l'on considère certains problèmes de santé chroniques en particulier, dans presque tous les cas, les membres des Premières Nations et les Métis adultes étaient significativement plus susceptibles que les non-Autochtones adultes de déclarer qu'un médecin avait diagnostiqué chez eux le problème de santé (figure 2). En revanche, les Inuits adultes étaient, en général, moins ou aussi susceptibles que les non-Autochtones adultes d'avoir reçu le diagnostic d'un problème de santé particulier. Faisaient exception les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, dont la prévalence était significativement plus élevée chez les Inuits adultes. (Voir le tableau A en annexe pour les taux de prévalence bruts et normalisés selon l'âge et le sexe des problèmes de santé chroniques autodéclarés.)

Il convient de souligner que les questions sur l'existence de problèmes de santé chroniques posées dans le cadre de l'ESCC et de l'EAPA spécifient que le problème de santé chronique dont il est question doit avoir été diagnostiqué par un médecin ou un professionnel de la santé. Par conséquent, les résultats susmentionnés ne signifient pas nécessairement que les personnes visées par l'analyse ne souffraient pas des problèmes de santé chroniques étudiés, mais plutôt que ces problèmes n'avaient pas été diagnostiqués par un médecin ou un professionnel de la santé.

Tableau 1
Caractéristiques autodéclarées de la santé, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

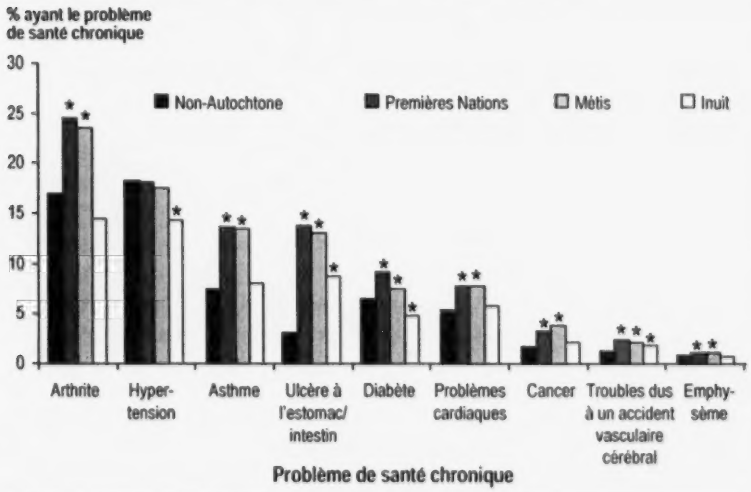
Caractéristiques de la santé	Non-Autochtone (n=56 286)	Premières Nations (n=8 767)	Métis (n=7 279)	Inuit (n=4 040)
	pourcentage			
Santé excellente ou très bonne	58,7	51,3*	56,7*	49,2*
Pas de limitation des activités	74,0	58,3*	59,1*	64,2*
Tout problème de santé chronique diagnostiqué†	46,0	50,5*	50,4*	38,7*

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,05$)

† déclaration du diagnostic d'au moins un des problèmes de santé suivants : arthrite, asthme, cancer, diabète, emphysème, problèmes cardiaques, hypertension (pression artérielle élevée), troubles dus à un accident vasculaire cérébral, ulcères à l'estomac ou à l'intestin

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Figure 2
Prévalence des problèmes de santé chroniques diagnostiqués, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,05$)

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Le cas du diabète

Même s'il ne s'agissait pas du problème de santé chronique le plus souvent déclaré, le diabète était significativement plus fréquent chez les membres des Premières Nations (9,3 %) et les Métis (7,5 %) adultes que chez leurs homologues non autochtones (6,5 %) (tableau 2). Par contre, la prévalence du diabète était significativement plus faible chez les adultes inuits (4,9 %). Le diabète augmente le risque de diminution de la santé fonctionnelle, ainsi que de décès prématuré. Les complications du diabète peuvent également entraîner la cécité, l'amputation, la maladie cardiaque ischémique, l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance rénale[24].

Tableau 2
Caractéristiques des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Caractéristiques de la santé	Non-Autochtone	Premières Nations	Métis	Inuit
Diagnostic de diabète, pourcentage (n)	6,5 (4 443)	9,3* (862)	7,5* (522)	4,9* (169)
Âge au diagnostic, moyenne (erreur type)	50,8 (0,4)	44,0 *(0,8)	43,9* (0,8)	46,4* (1,8)
Type de diabète, pourcentage				
Type 1	4,2†	13,4*	13,5*	18,2*
Type 2	87,7†	64,7*	69,3*	35,8*
Gestationnel seulement	0,5†	4,8*	2,2*	4,0*
Prédiabète / cas limite de diabète	..	6,5	5,0	6,3
Ne sais pas / impossible à déterminer	7,6†	10,6*	10,0*	35,7*
Traitement, pourcentage				
Prenait de l'insuline au moment de l'enquête	20,9	24,6	27,8*	17,8
Utilisait d'autres médicaments	72,4	81,9*	82,1*	79,8
Régime alimentaire spécial	..	24,3	22,1	17,6
Exercice ou physiothérapie	..	11,7	13,1	8,3
Remèdes traditionnels	..	2,6	0,9	X
Autre	..	8,6	10,0	5,6

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,05$)
† type de diabète fondé sur l'autodéclaration pour l'EAPA et dérivé au moyen d'un algorithme pour l'ESCC
.. indisponible pour une période de référence précise
X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

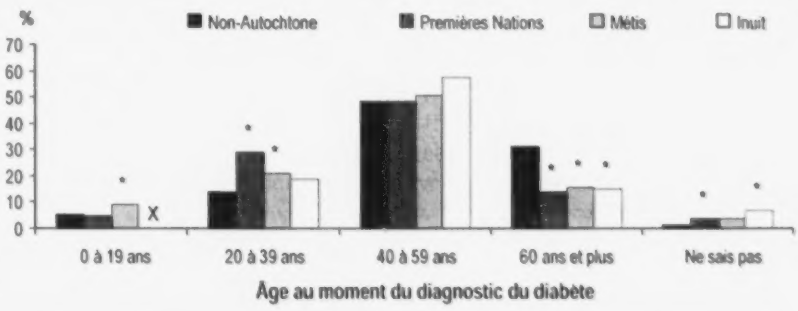
Le diabète est souvent réparti en deux catégories. Le diabète de type 1, parfois appelé diabète insulinodépendant ou diabète juvénile, est une maladie caractérisée par le fait que l'organisme ne produit que peu d'insuline, voire aucune, et est habituellement diagnostiquée chez les enfants ou les jeunes adultes. Le diabète de type 2, parfois appelé diabète non insulinodépendant ou diabète de l'adulte, est la forme la plus courante de la maladie et survient quand l'organisme est incapable d'utiliser correctement l'insuline qu'il produit ou de produire suffisamment d'insuline. Le diabète de type 2 est habituellement diagnostiqué à l'âge adulte, mais il peut se manifester durant l'enfance et son traitement comporte généralement un régime alimentaire et de l'exercice[24]. Le diabète gestationnel est diagnostiqué durant la grossesse, habituellement autour de la 24e semaine. Bien qu'il disparaisse après l'accouchement, environ 40 % de femmes chez lesquelles on le diagnostique développent un diabète de type 2 plus tard dans la vie[25].

L'EAPA de 2006 fournissait des données sur le type de diabète qui a été diagnostiqué, tandis que l'ESCC, pour la plupart, ne comprenait pas ce genre d'information. Cependant, le type de diabète a pu être attribué dans l'ESCC en utilisant d'autres renseignements déclarés (voir *Méthodes*). Comparativement aux diabétiques non autochtones, une proportion significativement plus élevée de diabétiques autochtones ont reçu un diagnostic de type 1, tandis qu'une proportion significativement plus faible ont reçu un diagnostic de type 2 (tableau 2). Le diabète gestationnel était aussi significativement plus fréquent chez les femmes membres des Premières Nations, métisses et inuites que chez les femmes non autochtones.

Parmi les diabétiques, le diagnostic de la maladie avait été posé à un âge significativement plus jeune chez les adultes autochtones que chez les adultes non autochtones (tableau 2). Après leur répartition en plus petits groupes d'âge, les Métis étaient significativement plus susceptibles que les non-Autochtones de déclarer que le diabète avait été diagnostiqué chez eux avant l'âge de 20 ans (8,9 % c. 5,2 %) ou entre 20 et 39 ans (21,1 % c. 14 %) (figure 3). En outre, le diagnostic avait été posé entre 20 et 39 ans chez près du tiers des membres adultes des Premières Nations vivant hors réserve. En revanche, alors que près du tiers (31,1 %) des non-Autochtones adultes diabétiques avaient reçu le diagnostic de la maladie à 60 ans ou après, une proportion significativement plus faible d'Autochtones diabétiques adultes avait reçu le diagnostic à un âge avancé.

La proportion d'adultes prenant de l'insuline pour traiter le diabète était plus élevée chez les Métis (27,8 %) que chez les non-Autochtones (20,9 %) (tableau 2). La majorité des personnes interrogées ont déclaré utiliser d'autres formes de

Figure 3
Répartition en pourcentage de l'âge au moment du diagnostic du diabète, selon le groupe d'âge et le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,05$)
X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

médicaments pour traiter leur diabète, mais les proportions étaient significativement plus élevées chez les adultes membres des Premières Nations (81,9 %) et métis (82,1 %) souffrant de diabète que chez les adultes non autochtones atteints de la maladie (72,4 %) (tableau 2).

Accès aux professionnels de la santé

Alors que plus des trois quarts des participants autochtones et non autochtones aux enquêtes ont indiqué qu'ils avaient rencontré ou consulté par téléphone un médecin ou une infirmière l'année précédente, les proportions étaient significativement plus faibles chez les adultes membres des Premières Nations, métis et inuits que chez les adultes non autochtones (tableau 3). Bien qu'il s'agisse de niveaux relativement élevés de contacts avec les médecins ou les infirmières, les sources de soins diffèrent considérablement. Les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations vivant hors réserve étaient significativement moins susceptibles d'avoir rencontré ou consulté par téléphone un médecin de famille l'année précédente, mais significativement plus susceptibles d'avoir rencontré ou consulté par téléphone une infirmière que les non-Autochtones (tableau 3). L'écart était particulièrement marqué pour les Inuits, dont 55 % avaient rencontré ou consulté par téléphone un médecin et 64 % avaient rencontré ou consulté par téléphone une infirmière l'année précédente comparativement à 77 % et à 11 %, respectivement, de non-Autochtones (tableau 3). Ces données ne permettent pas de discerner si la consultation d'un professionnel de la santé a eu lieu en personne ou par téléphone.

Quand des services de soins de santé particuliers ne sont pas disponibles dans une communauté, une personne doit parfois être transportée à un autre endroit afin d'avoir accès aux services dont elle a besoin. Dans le cadre de l'EAPA, on a demandé aux participants s'ils avaient été absents de leur domicile pendant une période d'un mois ou plus et, dans l'affirmative, quelle était la raison de cette absence. En tout, 3 % de membres adultes des Premières Nations, 2 % de Métis adultes et plus de 5 % d'Inuits adultes ont indiqué qu'ils avaient été absents de leur domicile pendant un mois ou plus au cours des 12 mois précédents à cause d'une maladie (tableau 3).

Tableau 3
Accès aux professionnels de la santé et absence du domicile à cause d'une maladie, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Accès aux professionnels de la santé / absence du domicile	Non-Autochtone (n=56 286)	Premières Nations (n=8 767)	Métis (n=7 279)	Inuit (n=4 040)
		pourcentage		
A rencontré un médecin ou une infirmière l'année précédente	78,8	77,6*	75,4*	77,5*
A rencontré un médecin de famille	77,4	73,9*	73,1*	55,3*
A rencontré une infirmière	11,2	30,5*	26,2*	63,2*
Absent(e) de la collectivité pendant plus d'un mois à cause d'une maladie	..	2,9	2,0	5,2

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones (p<0,05)
.. indisponible pour une période de référence précise
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques diffèrent

Alors que les inégalités en matière de santé sont grandes, il existe d'autres différences importantes entre les adultes membres des Premières Nations, métis et inuits et les adultes non autochtones au Canada. En général, les Autochtones étaient plus jeunes, plus susceptibles de ne pas

Tableau 4
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Caractéristiques démographiques/ socioéconomiques	Non-Autochtone (n=56 286)	Premières Nations (n=8 767)	Métis (n=7 279)	Inuit (n=4 040)
Âge moyen (erreur type)	47,2 (0,1)	42,2 (0,2)*	42,4 (0,2)*	39,7 (0,3)*
Sexe masculin, pourcentage	49,0	42,9*	46,5*	47,7
Niveau de scolarité, pourcentage				
Pas de diplôme d'études secondaires	16,0	27,8*	22,6*	47,5*
Diplôme d'études secondaires	16,4	15,3	17,0	10,5*
Études postsecondaires partielles	7,8	17,4*	16,2*	14,3*
Diplôme d'études postsecondaires	59,8	39,5*	44,3*	27,8*
Revenu personnel, pourcentage				
Moins de 10 000 $	12,4	25,6*	20,1*	27,1*
De 10 000 $ à 19 999 $	16,4	26,0*	22,1*	25,0*
De 20 000 $ à 29 999 $	15,2	15,0	16,7*	14,2
De 30 000 $ à 39 999 $	14,3	11,7*	13,1*	10,0*
De 40 000 $ à 59 999 $	20,2	12,3*	15,7*	11,5*
60 000 $ et plus	21,4	9,5*	12,2*	12,3*
Région de résidence, pourcentage				
Atlantique	7,2	7,7*	5,5*	14,8*
Québec	24,2	10,7*	9,8*	20,7*
Ontario	39,2	31,2*	20,9*	4,5*
Prairies	15,8	29,1*	47,6*	4,8*
Colombie-Britannique	13,5	17,7*	15,3*	1,9*
Territoires	0,2	3,7*	1,0*	53,3*
Résidence urbaine†, pourcentage	82,1	76,1*	71,1*	21,5*

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones (p<0,05)
† dans les enregistrements de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, le lieu de résidence est désigné comme étant urbain, rural ou arctique (dans l'Inuit Nunangat); afin de maintenir la comparabilité entre les sources de données, dans la présente étude, le lieu de résidence a été classé de manière dichotomique comme étant urbain ou rural/arctique
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

avoir terminé leurs études secondaires et plus susceptibles d'avoir un revenu personnel faible que les non-Autochtones (tableau 4). Alors que 2 adultes non autochtones sur 5 ont déclaré avoir un revenu personnel égal ou supérieur à 40 000 $ par année, une proportion comparable de Métis adultes et plus de la moitié des membres des Premières Nations et des Inuits adultes ont déclaré un revenu personnel inférieur à 20 000 $ par année (tableau 4). De surcroît, alors que près de 60 % d'adultes non autochtones ont déclaré posséder un diplôme d'études postsecondaires, la proportion était

Méthodes

Les statistiques descriptives (proportions, moyennes) ont été comparées au moyen de tests Z et de tests t pour échantillons indépendants. Étant donné les méthodes différentes de construction des poids bootstrap utilisées dans les deux enquêtes, nous avons appliqué les poids de sondage, mais non les poids bootstrap aux modèles de régression dans lesquels étaient inclus à la fois des répondants autochtones et non autochtones. Comme cela pourrait produire des estimations de variance artificiellement petites, nous avons utilisé une valeur p (0,01) plus prudente dans ces analyses pour déterminer la signification statistique des estimations. Cependant, en utilisant les méthodes appropriées, nous avons appliqué les poids bootstrap aux proportions, aux moyennes et aux modèles de régression qui ont été calculés séparément pour chaque groupe d'identité autochtone.

Modèles de régression séquentielle : interprétation des rapports de cotes et ordre de sélection des variables

L'analyse par le modèle séquentiel avait pour but d'examiner l'effet cumulé de divers facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur la santé des membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits adultes comparativement aux non-Autochtones adultes. Nous examinons cet effet en nous servant des rapports de cotes, qui comparent la cote exprimant le risque ou les chances d'un résultat particulier pour les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes comparativement aux non-Autochtones adultes, après neutralisation de l'effet d'autres facteurs. Comme les non-Autochtones adultes forment le groupe de référence, la valeur par défaut de leur cote est 1,0, qui est représentée par une droite horizontale dans les figures 4 à 8. Dans ces figures, les rapports de cotes (barres) et les intervalles de confiance à 99 % connexes qui ne contiennent pas la valeur 1,0, ou ne chevauchent pas la droite horizontale, indiquent que les cotes exprimant le risque d'observer le résultat en matière de santé chez les membres des Premières Nations, les Métis ou les Inuits adultes diffèrent significativement de celles pour les adultes non autochtones.

Les variables auraient pu être ajoutées dans les modèles de plusieurs façons, mais la logique qui dicte la séquence d'introduction des variables est la suivante. Les variables ajoutées à l'étape 1 sont l'âge et le sexe, car on sait que les structures par âge des populations autochtones et non autochtones diffèrent, et que l'âge et le sexe sont étroitement associés à la santé. Les variables ajoutées à l'étape 2 sont le revenu et le niveau de scolarité, car l'un des objectifs de l'étude était de déterminer si les inégalités en matière de santé entre les adultes autochtones et non autochtones étaient attribuables à des différences socioéconomiques. Les trois autres étapes de la construction des modèles évoluent des facteurs individuels (c.-à-d. tabagisme et catégorie d'IMC) aux facteurs contextuels (c.-à-d. lieu de résidence en région urbaine) afin de tenir compte des déterminants plus généraux de la santé. L'ordre choisi pourrait avoir une incidence sur les estimations des modèles intermédiaires (étapes 1 à 4), mais les estimations obtenues à l'étape 5 seraient les mêmes quelque soit l'ordre d'inclusion des variables.

Détermination du type de diabète dans l'ESCC

Durant le cycle 4.1 de l'ESCC réalisée en 2007, on n'a pas demandé aux répondants qui ont indiqué avoir reçu un diagnostic de diabète de quel type il s'agissait. Cependant, en utilisant d'autres renseignements fournis par l'enquête, il est possible de se servir de l'algorithme de Ng-Dasgupta-Johnson[27] pour imputer le type de diabète.

Cet algorithme en sept étapes permet de déterminer le type de diabète en utilisant les renseignements suivants : chez les femmes diabétiques, le diagnostic de diabète a-t-il été posé à un autre moment que durant la grossesse; des comprimés ont-ils été pris au cours du mois qui a précédé l'enquête pour traiter le diabète; la personne prenait-elle de l'insuline au moment de l'enquête; l'âge de la personne au moment du diagnostic du diabète; le temps écoulé entre le diagnostic et le début du traitement à l'insuline, ainsi que l'âge du répondant au moment de l'interview.

À la dernière étape de l'algorithme de Ng-Dasgupta-Johnson, les diabétiques qui n'ont pas été classés dans une catégorie de type de diabète aux étapes précédentes sont classés dans la catégorie de type 2. Afin de maintenir la comparabilité avec l'information fournie dans le cadre de l'EAPA, où les diabétiques peuvent indiquer qu'ils ne connaissent pas leur type de diabète, les diabétiques de l'échantillon de l'ESCC non classés ailleurs à la septième étape de l'algorithme ont été classés dans la catégorie de diabète « de type indéterminable ». Par conséquent, le taux de cas de diabète de type 2 présentés dans le rapport peut différer de celui publié par d'autres utilisant la même source de données.

Pour plus de renseignements sur les méthodes utilisées dans la présente étude, consulter la section *Notes techniques*.

Tableau 5
Eau potable et conditions de logement, selon le groupe d'identité autochtone, population d'identité autochtone hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Eau potable / logement	Premières Nations (n=8 767)	Métis (n=7 279)	Inuit (n=4 040)
	pourcentage		
Eau non potable au domicile	14,1	11,9*	14,8
Eau contaminée durant certaines périodes de l'année	18,9	17,9	35,9*
Logement ayant besoin de réparations importantes	15,0	13,0*	25,5*
Logement surpeuplé	3,2	1,9*	23,7*

* valeur significativement différente de l'estimation pour les Premières Nations (p<0,05)
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006.

significativement plus faible pour les adultes membres des Premières Nations (39,5 %), métis (44,3 %) et inuits (27,8 %).

Les caractéristiques résidentielles différaient aussi. Les adultes membres des Premières Nations vivant hors réserve étaient plus susceptibles d'habiter dans les provinces de l'Ouest que leurs homologues non autochtones (46,8 % c. 29,3 %). Les Métis étaient plus susceptibles de vivre dans les provinces des Prairies (47,6 %), tandis que les Inuits étaient plus susceptibles d'habiter les Territoires (53,3 %) et les régions du nord du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador qui comprennent les régions faisant l'objet des revendications territoriales des Inuits. En outre, alors que la majorité des non-Autochtones vivaient dans des régions urbaines (82,1 %), la proportion d'adultes autochtones vivant dans ces régions était significativement plus faible (tableau 4), surtout chez les Inuits, dont la majorité (78,5 %) vivait dans des communautés rurales ou arctiques.

Ces différences géographiques pourraient être des déterminants importants de la santé en ce sens que la prestation des soins de santé peut varier considérablement selon la région. Ainsi, aucune des 52 communautés inuits établies dans le Nord n'a accès à des routes pendant toute l'année et quelques-unes seulement sont dotées d'hôpitaux[12]. En outre, de nombreuses communautés établies dans le Nord ou isolées ont de la difficulté à recruter des professionnels de la santé et à les garder[26]. De plus, les régions dont la densité de population est plus forte ont souvent un plus grand accès aux dispensateurs de soins de santé et aux ressources médicales. Par conséquent, bon nombre de communautés établies dans le Nord et isolées ne bénéficient pas d'un accès adéquat aux soins de santé. En revanche, certaines provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Québec) fournissent plus de médecins et d'établissements médicaux par habitant que d'autres[26]. Ainsi, l'emplacement géographique peut être considéré comme un déterminant important de la santé en ce qui concerne l'accès aux services.

D'autres aspects du milieu dans lequel vit une personne peuvent avoir une incidence significative sur la santé. Chez les Autochtones, 14 % d'adultes membres des Premières Nations vivant hors réserve estimaient que l'eau distribuée à leur domicile n'était pas potable. Comparativement, près de 12 % de Métis adultes et 15 % d'Inuits adultes pensaient la même chose (tableau 5). De plus, chez les adultes membres des Premières Nations vivant hors réserve (18,9 %) et chez les adultes métis (17,9 %), près d'un adulte sur cinq estimait que leur eau potable était contaminée durant certaines périodes de l'année. Ce chiffre passait à plus du tiers (35,9 %) chez les Inuits adultes.

Tabagisme et indice de masse corporelle

Le tabagisme et l'obésité sont d'autres facteurs reconnus de risque pour la santé. On sait que le tabagisme accroît la probabilité de développer de nombreux problèmes de santé chroniques, et qu'il réduit l'espérance de vie[28,29]. Dans la présente étude, la consommation quotidienne de tabac était significativement plus fréquente chez les adultes autochtones que chez leurs homologues non autochtones (tableau 6). La prévalence était particulièrement forte chez les Inuits, dont 60 % d'adultes ont déclaré fumer quotidiennement.

L'excès de poids est également associé à une moins bonne santé et à une réduction de l'espérance de vie[30-34]. L'indice de masse corporelle (IMC), qui est souvent utilisé comme indicateur de l'excès de poids, est classé en quatre catégories : i) poids insuffisant (IMC<18,5), ii) poids normal (18,5≤IMC<25), iii) excès de poids (25<IMC≤30) et iv) obésité (IMC>30). Sur la base du poids et de la taille autodéclarés, parmi la population canadienne adulte, les membres des Premières Nations (27,5 %), les Métis (27,6 %) et les Inuits (25,4 %) étaient significativement plus susceptibles d'être obèses que les non-Autochtones (16,9 %). Cependant, pour

Tableau 6
Consommation quotidienne de tabac et indice de masse corporelle, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

Tabagisme/IMC	Non-Autochtone (n=56 286)	Premières Nations (n=8 767)	Métis (n=7 279)	Inuit (n=4 040)
		pourcentage		
Consommation quotidienne de tabac	18,3	35,8*	33,0*	59,8*
Indice de masse corporelle				
Poids insuffisant/normal	48,4	37,1*	36,0*	38,6*
Excès de poids	34,7	35,4	36,4*	36,1*
Obésité	16,9	27,5*	27,6*	25,4*

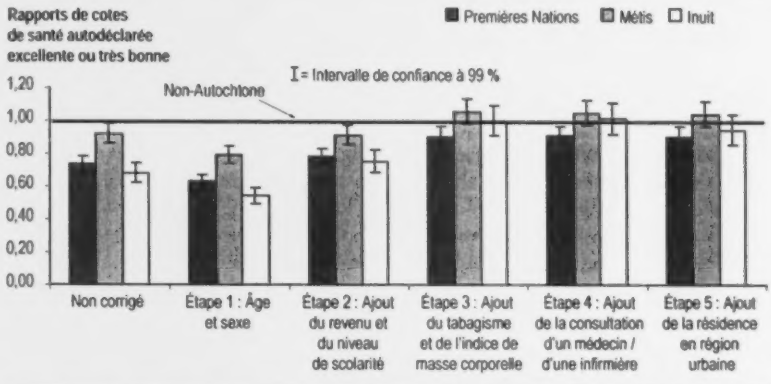
* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones (p<0,05)
Nota : L'indice de masse corporelle pourrait ne pas être une mesure appropriée pour les Autochtones, particulièrement les Inuits[35-37]. Par conséquent, la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité chez les Inuits doit être interprétée avec prudence.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

diverses raisons, l'application des seuils d'IMC susmentionnés aux populations autochtones pourrait ne pas être appropriée (voir la note du tableau 6).

Le revenu et le niveau de scolarité expliquent une partie, mais non la totalité, des différences d'état de santé

Étant donné les différences entre les caractéristiques socioéconomiques, on pourrait se demander si, en tenant compte de l'effet de ces différences, on minimiserait ou effacerait les inégalités en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones. Afin de répondre à cette question, nous avons utilisé des modèles de régression (logistique) pour examiner les différences entre les résultats en matière de santé chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits adultes comparativement aux non-Autochtones adultes, avant et après avoir neutralisé l'effet des divers facteurs socioéconomiques et liés au mode de vie.

Figure 4
Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur la déclaration d'une santé excellente ou très bonne, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

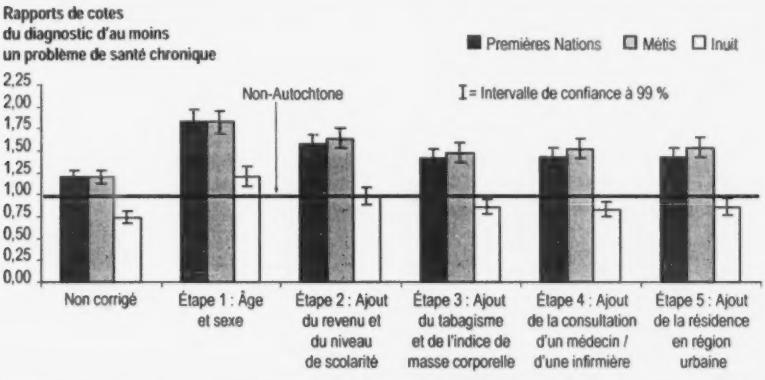
Modèles de régression séquentielle pour l'état de santé général

Le modèle non corrigé confirme les résultats de l'analyse descriptive, à savoir que chez les adultes, les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits étaient tous significativement moins susceptibles que les non-Autochtones de déclarer être en excellente ou en très bonne santé (figure 4, données non corrigées). Après avoir tenu compte des effets de l'âge et du sexe, cette différence en matière de santé était encore plus prononcée (figure 4, étape 1). Cette constatation est attribuable au fait que, si l'on considère les adultes autochtones et non autochtones d'un âge particulier, les Autochtones étaient significativement moins susceptibles de se dire en excellente ou en très bonne santé. Après correction pour tenir compte des effets du revenu et du niveau de scolarité (figure 4, étape 2), les rapports de cotes étaient plus proches de 1, mais encore significativement inférieurs à cette valeur. Cependant, d'autres facteurs pourraient également expliquer les différences d'état de santé. Après correction pour tenir compte de la consommation quotidienne de tabac et de l'indice de masse corporelle, la cote exprimant les chances d'être en excellente ou en très bonne santé était la même pour les Métis et les Inuits adultes que pour les non-Autochtones adultes, mais il n'en était pas ainsi pour les membres adultes des Premières Nations vivant hors réserve (figure 4, étape 3). La correction pour tenir compte du fait d'avoir rencontré ou consulté par téléphone un médecin ou une infirmière au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête a eu peu d'effet, voire aucun, sur l'écart entre les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes non autochtones (figure 4, étape 4), et le résultat était le même après avoir tenu compte de l'effet associé à la vie dans un centre urbain (figure 4, étape 5). Après toutes les corrections, les Métis et les Inuits adultes étaient aussi susceptibles que les non-Autochtones adultes de déclarer être en excellente ou en très bonne santé, tandis que les membres des Premières Nations adultes vivant hors réserve demeuraient significativement moins susceptibles de le faire. Donc, chez les membres de Premières Nations, d'autres facteurs doivent aussi être pris en compte pour expliquer les inégalités observées en matière de santé. Les coefficients des modèles de régression séquentielle figurent au tableau C en annexe.

Modèles de régression séquentielle pour la probabilité d'avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique

Un profil un peu différent se dégage si nous examinons la probabilité qu'un médecin ait diagnostiqué au moins un parmi neuf problèmes de santé chroniques, à savoir l'arthrite, l'asthme, le cancer, le diabète, l'emphysème, les problèmes cardiaques, l'hypertension (pression artérielle élevée), les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Alors que la correction pour tenir compte de l'âge et du sexe exacerbe les inégalités entre les membres des Premières Nations adultes vivant hors réserve, les Métis adultes et les non-Autochtones adultes, cette correction permet de préciser que, parmi les adultes inuits et non-Autochtones du même âge, les adultes inuits sont

Figure 5
Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



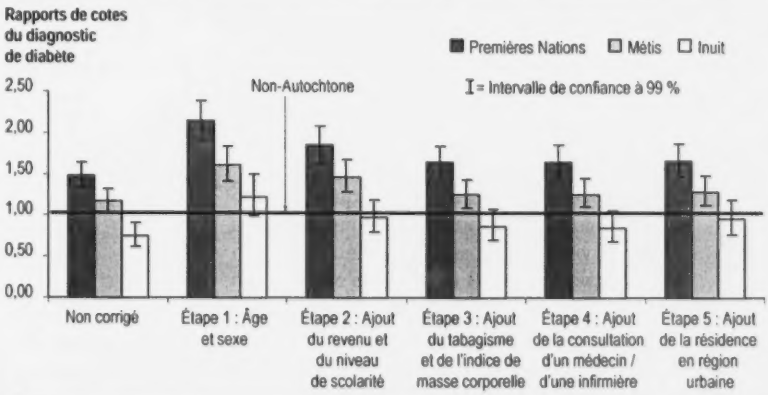
Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

significativement plus susceptibles que les non autochtones d'avoir reçu le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique (figure 5, étape 1). Les statistiques descriptives simples, qui ne tenaient pas compte des différences entre les structures par âge de ces populations ne permettaient pas de tirer clairement cette conclusion (tableau 1). Une correction supplémentaire, à l'étape 2, pour tenir compte du revenu et du niveau de scolarité a rapproché chaque groupe autochtone de l'égalité avec la population non autochtone. En fait, cette correction a rendu statistiquement non significatives toutes les différences entre les probabilités de recevoir le diagnostic d'un des problèmes de santé chroniques calculées pour les adultes inuits et non autochtones. D'autres corrections pour tenir compte du tabagisme et de l'indice de masse corporelle (figure 5, étape 3), de la rencontre ou de la consultation par le téléphone d'un médecin ou d'une infirmière l'année qui a précédé l'enquête (figure 5, étape 4) ou de la vie en région urbaine (figure 5, étape 5) ont produit de petits rapprochements vers la parité avec les adultes non autochtones pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis adultes, quoique leur risque de recevoir le diagnostic d'un problème de santé chronique demeurait significativement plus élevé que celui des adultes non autochtones. Dans le cas des Inuits adultes, la correction pour tenir compte de ces facteurs a produit une cote exprimant le risque de recevoir le diagnostic d'un problème de santé chronique significativement plus faible que pour les adultes non autochtones. Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'énoncé des questions sur les problèmes de santé chroniques analysés ici précisait que ces problèmes devaient avoir été diagnostiqués par un médecin. Par conséquent, la présente analyse n'indique pas que les personnes qui ne les ont pas déclarés ne souffrent pas de ces problèmes de santé, mais plutôt qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués par un médecin. Les coefficients des modèles de régression séquentielle figurent au tableau E en annexe.

Modèles de régression séquentielle pour le diabète, l'asthme et l'arthrite

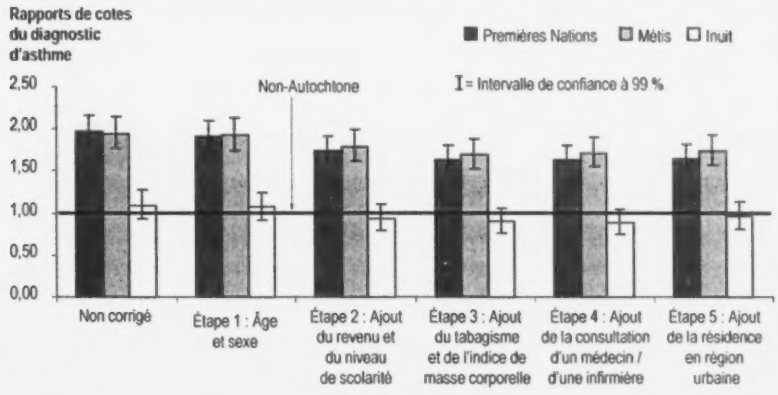
Au lieu d'examiner les cotes exprimant le risque de présenter un parmi plusieurs problèmes de santé chroniques, nous avons aussi examiné les cotes exprimant le risque que trois problèmes de santé chroniques particuliers, à savoir le diabète (figure 6), l'asthme (figure 7) et l'arthrite (figure 8), aient été diagnostiqués. Les taux de prévalence non corrigés de ces problèmes de santé indiquent que les diagnostics de diabète, d'asthme et d'arthrite étaient significativement plus susceptibles d'avoir été posés chez les membres des Premières Nations et les Métis adultes que chez les non-Autochtones adultes. En revanche, le diabète et l'arthrite étaient

Figure 6
Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur le diagnostic de diabète, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Figure 7
Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur le diagnostic d'asthme, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

significativement moins susceptibles d'avoir été diagnostiqués chez les Inuits adultes que chez les non-Autochtones adultes, mais l'asthme était aussi susceptible de l'avoir été chez les uns que chez les autres. Après correction pour tenir compte des structures par âge différentes de ces populations (étape 1), la probabilité que le diabète soit diagnostiqué chez les Inuits était la même que pour les non-Autochtones (figure 6), tandis que la probabilité que l'arthrite soit diagnostiquée était plus élevée chez les Inuits que chez les non-Autochtones (figure 8). Dans le cas de chaque problème de santé étudié, la correction pour tenir compte des caractéristiques socioéconomiques (revenu et niveau de scolarité), du mode de vie (tabagisme et indice de masse corporelle), de l'accès aux professionnels de la santé (avoir rencontré

Limites

Contrairement à l'ESCC, l'EAPA n'a pas été conçue comme une enquête sur la santé, mais plutôt comme une enquête omnibus. Par conséquent, le nombre et la portée des questions ayant trait à la santé y sont limités. D'autres mesures plus spécifiques de la santé pourraient avoir mieux décrit l'état de santé des Autochtones. Cependant, un certain nombre de questions de l'EAPA ayant trait à la santé étaient comparables à celles de l'ESCC, ce qui a permis des comparaisons entre les enquêtes.

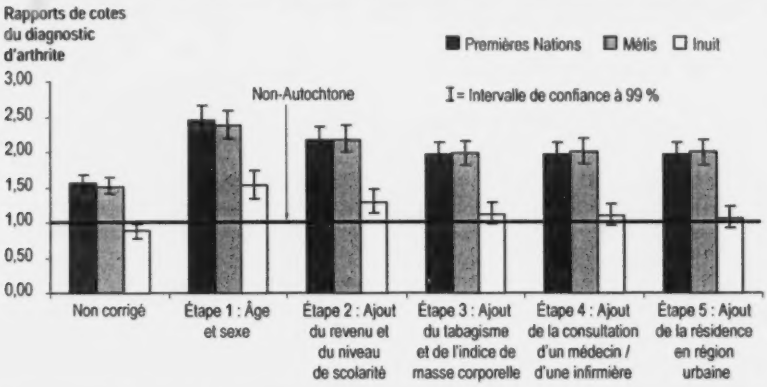
De plus, d'autres différences entre l'ESCC et l'EAPA pourraient aussi contribuer aux écarts significatifs entre les populations. Ces différences pourraient inclure, mais sans s'y limiter, les procédures d'échantillonnage et les méthodes d'interview. Par conséquent, les écarts significatifs observés entre les échantillons pourraient être attribuables à des différences de plan de sondage et ne pas refléter nécessairement les écarts réels entre les populations. Cependant, ces effets seront vraisemblablement minimes dans le cas des comparaisons entre les populations dans l'échantillon de l'EAPA, c'est-à-dire les comparaisons entre les adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve.

Comparativement à l'échantillon de non-Autochtones, l'échantillon d'Inuits adultes était relativement petit. Donc, certaines différences pourraient ne pas avoir atteint le seuil de signification statistique à cause de contraintes de puissance. Néanmoins, le nombre proprement dit d'Inuits au Canada étant faible, l'échantillon de répondants inuits fournis par l'EAPA est beaucoup plus grand que celui obtenu pour d'autres enquêtes à l'échelle de l'ensemble de la population. Cet échantillon plus petit empêchait aussi d'examiner de nombreuses mesures de la santé au niveau provincial/territorial, particulièrement pour la population inuite.

Bien que le nombre de répondants autochtones fourni par l'EAPA soit beaucoup plus grand que celui issu d'autres enquêtes, la petite taille de l'échantillon comparativement à celui des répondants non autochtones nous a également empêchés de subdiviser les échantillons afin de refléter des groupes plus spécifiques. Par exemple, l'échantillon de membres des Premières Nations pourrait avoir été subdivisé selon que les personnes étaient des Indiens inscrits ou non. De même, les Inuits pourraient avoir été classés comme vivant dans l'Inuit Nunangat, c'est-à-dire la terre des Inuits, ou dans le Sud. Ces subdivisions auraient peut-être permis de mettre en relief d'autres différences entre les groupes, mais la taille de l'échantillon n'a pas permis ce genre d'analyse.

Tous les renseignements relatifs à la santé tirés de l'ESCC et de l'EAPA sont fondés sur des données autodéclarées. Même si l'on a démontré qu'une grande partie de l'information autodéclarée est valide et fiable, certaines mesures pourraient être biaisées. Cependant, nous ignorons si le biais éventuellement causé par l'autodéclaration s'applique de manière uniforme aux adultes autochtones et non autochtones, ou si la grandeur ou la direction de ce biais varie selon le groupe d'identité autochtone.

Figure 8
Rapports de cotes montrant les effets non corrigés et cumulés des facteurs socioéconomiques, liés au mode de vie et d'accès aux soins de santé sur le diagnostic d'arthrite, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007



Nota : Le groupe de référence est celui des adultes non autochtones représentés par la droite horizontale.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

ou consulté par téléphone un médecin ou une infirmière l'année précédente) et du lieu de résidence (région urbaine) élimine toute différence de probabilité que le problème de santé en question soit diagnostiqué entre les adultes non autochtones et les Inuits adultes, mais non les membres des Premières Nations et les Métis adultes, chez lesquels la probabilité que le problème de santé soit diagnostiqué demeurait significativement plus élevée. Les coefficients des modèles de régression séquentielle sont présentés aux tableaux G, I et K en annexe pour le diabète, l'asthme et l'arthrite, respectivement.

Les facteurs associés aux résultats en matière de santé diffèrent chez les adultes autochtones et non autochtones

Les modèles de régression séquentielle que nous venons de décrire nous ont permis de montrer que certaines inégalités en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones pourraient diminuer, mais pas nécessairement être éliminées, si l'on neutralisait l'effet de divers facteurs socioéconomiques et démographiques. Cependant, l'effet de ces facteurs pourrait ne pas être le même selon le groupe d'identité autochtone. Les analyses initiales ont révélé plusieurs interactions importantes de ces facteurs avec l'identité autochtone dans les modèles. Par conséquent, nous avons ajusté des modèles distincts pour chaque identité autochtone et comparé entre elles les estimations produites au moyen de ces modèles (pour la description technique de la méthode d'analyse, voir *Notes techniques*).

Nous avons spécifié séparément pour chaque groupe d'identité autochtone (non-Autochtones, Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuits) des modèles logistiques en vue d'estimer la probabilité que soit déclaré chacun des résultats en matière de santé examinés précédemment : santé générale excellente ou très bonne (tableau 7), au moins un problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé (tableau 8), diabète diagnostiqué par un professionnel de la santé (tableau 9), asthme diagnostiqué par un professionnel de la santé (tableau 10) et arthrite diagnostiquée par un professionnel de la santé (tableau 11).

La majorité des facteurs semble avoir des effets semblables dans tous les modèles pour chaque résultat en matière de santé. Cependant, quelques-uns se distinguent, ayant des effets différents selon le groupe d'identité autochtone. L'un de ces facteurs est le sexe. Chez les adultes non autochtones, les hommes étaient significativement moins susceptibles que les femmes (RC =0,9) de déclarer être en excellente ou en très bonne santé (tableau 7). En revanche, chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes, les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres de faire cette déclaration. Les estimations calculées pour les membres des Premières Nations et les Inuits adultes différaient de manière significative de celles produites par le modèle pour les adultes non autochtones (tableau 7). En outre, alors que les chances qu'un médecin ait diagnostiqué au moins un problème de santé chronique étaient les mêmes chez les hommes et les femmes non autochtones (RC=1,0), elles étaient significativement plus faibles chez les hommes que chez les femmes adultes membres des Premières Nations (RC=0,8), métis (RC=0,8) et inuits (RC=0,7) (tableau 8). Enfin, alors que les hommes non autochtones étaient significativement plus susceptibles que leurs homologues féminins d'avoir reçu un diagnostic de diabète, les femmes et les hommes adultes autochtones étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'avoir reçu ce diagnostic, qu'il s'agisse des membres des Premières Nations (RC=1,0), des Métis (RC=1,2) ou des Inuits adultes (RC=0,9) (tableau 9).

Si nous considérons les cinq résultats en matière de santé examinés, les catégories d'indice de masse corporelle avaient des effets différents selon le groupe d'identité autochtone pour trois d'entre eux, à savoir l'auto-évaluation de la santé (tableau 7), le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique (tableau 8) et le diagnostic d'arthrite (tableau 11). Dans ces modèles, les effets de l'excès de poids et de l'obésité n'étaient pas les mêmes chez les adultes non autochtones

Tableau 7
Rapports de cotes corrigés reliant certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé à la déclaration d'une santé excellente ou très bonne, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	A : Non-Autochtone (n=56 054)			B : Premières Nations (n=8 692)			C : Métis (n=7 225)			D : Inuit (n=3 950)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Sexe masculin[†]	0,86*[BD]	0,81	0,92	1,15[AC]	1,00	1,32	0,92[B]	0,80	1,05	1,10[A]	0,90	1,34
Revenu personnel												
Moins de 10 000 $	0,55*[B]	0,48	0,61	0,41*[AC]	0,33	0,52	0,63*[B]	0,50	0,79	0,59*	0,43	0,82
De 10 000 $ à 19 999 $	0,61*[B]	0,55	0,68	0,47*[A]	0,37	0,60	0,59*	0,47	0,75	0,68*	0,48	0,97
De 20 000 $ à 29 999 $	0,81*	0,73	0,90	0,77	0,60	1,00	0,88	0,69	1,12	0,91	0,64	1,29
De 30 000 $ à 39 999 $	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	1,07	0,96	1,19	0,98	0,75	1,27	1,32*[D]	1,04	1,67	0,81[C]	0,55	1,21
60 000 $ et plus	1,46*[D]	1,31	1,62	1,12	0,83	1,51	1,55*[D]	1,19	2,02	0,92[AC]	0,63	1,34
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	0,67*	0,60	0,73	0,66*	0,53	0,83	0,56*	0,45	0,70	0,80	0,59	1,10
Diplôme d'études secondaires	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	1,00	0,88	1,12	0,98	0,77	1,24	1,02	0,81	1,29	1,30	0,85	2,00
Diplôme d'études postsecondaires	1,07[B]	0,99	1,16	1,38*[AC]	1,13	1,70	1,04[B]	0,86	1,26	1,11	0,78	1,57
Consommation quotidienne de tabac[‡]	0,55*[B]	0,50	0,59	0,67*[AC]	0,58	0,77	0,54*[B]	0,47	0,62	0,60*	0,49	0,74
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant/normal[†]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	0,72*[BD]	0,66	0,77	0,88[A]	0,74	1,03	0,71*[D]	0,61	0,84	1,03[AC]	0,81	1,30
Obésité	0,41*[BD]	0,38	0,45	0,51*[AC]	0,43	0,61	0,37*[BD]	0,31	0,44	0,67*[AC]	0,51	0,89
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[‡]	0,63*	0,58	0,69	0,55*	0,46	0,65	0,59*	0,50	0,70	0,66*	0,53	0,82
Résidence urbaine[‡]	0,85*	0,80	0,91	0,86*	0,76	0,97	0,88	0,77	1,00	1,17	0,85	1,62

* estimation significativement différente de zéro (p<0,05)
[A] estimation significativement différente de celle pour les non-Autochtones (p<0,05)
[B] estimation significativement différente de celle pour les Premières Nations (p<0,05)
[C] estimation significativement différente de celle pour les Métis (p<0,05)
[D] estimation significativement différente de celle pour les Inuit (p<0,05)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les effets linéaire et quadratique de l'âge et des catégories manquantes pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont inclus dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

que chez les adultes membres des Premières Nations et les adultes inuits, particulièrement chez les seconds. Ces résultats pourraient indiquer que les seuils d'IMC utilisés pour la population générale pourraient ne pas convenir pour les Premières Nations ou les Inuits, argument qui a déjà été avancé par d'autres[35].

De la même façon, d'autres caractéristiques ont des effets différents sur la santé des Autochtones et celle des non-Autochtones, ainsi que sur la santé des membres des Premières Nations, celle des Métis et celle des Inuits.

Tableau 8
Rapports de cotes corrigés reliant certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé à la probabilité de recevoir le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	A : Non-Autochtone (n=56 144)			B : Premières Nations (n=8 648)			C : Métis (n=7 182)			D : Inuit (n=3 886)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Sexe masculin[†]	1,03[BCD]	0,96	1,11	0,81*[A]	0,69	0,94	0,83*[A]	0,71	0,96	0,69*[A]	0,55	0,87
Revenu personnel												
Moins de 10 000 $	1,48*	1,28	1,70	1,37*	1,09	1,73	1,42*	1,12	1,80	1, 29	0,94	1,77
De 10 000 $ à 19 999 $	1,41*	1,24	1,61	1,44*	1,12	1,84	1,33*	1,05	1,67	1,22	0,84	1,79
De 20 000 $ à 29 999 $	1,05	0,92	1,19	1,14	0,87	1,51	1,09	0,84	1,40	1,22	0,84	1,76
De 30 000 $ à 39 999 $	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	0,88*	0,78	0,99	0,98	0,75	1,27	0,78[D]	0,61	1,00	1,25[C]	0,83	1,88
60 000 $ et plus	0,78*[D]	0,69	0,88	0,82[D]	0,60	1,10	0,74*[D]	0,57	0,97	1,38[ABC]	0,86	2,20
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	1,25*[D]	1,12	1,39	1,33*[D]	1,05	1,69	1,23	0,99	1,53	0,83[AB]	0,53	1,27
Diplôme d'études secondaires	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	1,20*	1,05	1,39	1,35*	1,04	1,75	1,07	0,85	1,35	0,86	0,49	1,51
Diplôme d'études postsecondaires	0,93	0,85	1,01	1,05	0,83	1,33	1,06	0,87	1,28	0,81	0,48	1,34
Consommation quotidienne de tabac[‡]	1,26*[D]	1,16	1,36	1,29*[D]	1,11	1,50	1,35*[D]	1,16	1,57	0,97[ABC]	0,76	1,25
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant/normal[†]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	1,64*[BD]	1,52	1,76	1,14[A]	0,96	1,36	1,41*[D]	1,20	1,65	0,82[AC]	0,59	1,15
Obésité	2,87*[BD]	2,63	3,13	2,12*[A]	1,76	2,55	2,50*[D]	2,09	3,00	1,59*[AC]	1,16	2,19
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[‡]	2,67*	2,43	2,92	2,87*	2,40	3,44	2,66*	2,26	3,14	2,18*	1,63	2,93
Résidence urbaine[‡]	1,00[D]	0,94	1,08	1,24*[A]	1,09	1,40	1,07	0,93	1,23	1,38	0,94	2,03

* estimation significativement différente de zéro (p<0,05)
[A] estimation significativement différente de celle pour les non-Autochtones (p<0,05)
[B] estimation significativement différente de celle pour les Premières Nations (p<0,05)
[C] estimation significativement différente de celle pour les Métis (p<0,05)
[D] estimation significativement différente de celle pour les Inuit (p<0,05)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les problèmes de santé chroniques sont l'asthme, l'arthrite, l'emphysème, le diabète, l'hypertension, le cancer, la maladie cardiaque, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Les effets linéaire et quadratique de l'âge et des catégories manquantes pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont inclus dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau 9
Rapports de cotes corrigés reliant certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé à la probabilité de recevoir le diagnostic de diabète, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	A : Non-Aboriginal (n=56 086)			B : Premières Nations (n=8 684)			C : Métis (n=7 225)			D : Inuit (n=3 951)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Sexe masculin[a]	1,66*BCD	1,49	1,84	0,96A	0,76	1,21	1,16A	0,91	1,49	0,93A	0,60	1,43
Revenu personnel												
Moins de 10 000 $	1,11	0,87	1,42	1,42	0,98	2,05	1,50	0,98	2,29	1,51	0,67	3,40
De 10 000 $ à 19 999 $	1,18	0,95	1,48	1,31	0,90	1,91	1,41	0,95	2,09	0,85	0,39	1,83
De 20 000 $ à 29 999 $	0,83	0,68	1,03	0,92	0,59	1,42	0,90	0,59	1,38	0,74	0,34	1,63
De 30 000 $ à 39 999 $	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	0,68*	0,54	0,86	0,90	0,61	1,33	0,69	0,44	1,08	0,50	0,19	1,33
60 000 $ et plus	0,50*B	0,40	0,63	1,08AC	0,65	1,78	0,48*B	0,30	0,78	0,86	0,37	2,00
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	1,27*	1,06	1,52	1,41	0,96	2,03	0,91	0,64	1,30	0,57	0,23	1,42
Diplôme d'études secondaires	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	0,97C	0,75	1,26	0,91	0,59	1,39	0,55*A	0,35	0,85	0,85	0,30	2,42
Diplôme d'études postsecondaires	0,94D	0,80	1,11	0,75	0,51	1,10	0,67*	0,48	0,93	0,31*A	0,13	0,76
Consommation quotidienne de tabac[b]	0,96	0,83	1,12	1,13	0,88	1,45	1,03	0,79	1,34	0,83	0,53	1,27
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant/normal[†]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	1,97*	1,71	2,27	1,92*	1,33	2,77	1,83*	1,23	2,74	1,16	0,51	2,61
Obésité	4,64*	4,02	5,35	4,90*	3,58	6,70	5,24*	3,59	7,65	5,14*	2,38	11,13
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[c]	2,31*C	1,80	2,97	2,50*	1,85	3,38	3,69*A	2,42	5,63	3,88*	1,78	8,44
Résidence urbaine[b]	1,27*	1,14	1,42	1,08	0,88	1,32	1,07	0,84	1,35	2,19*	1,11	4,33

* estimation significativement différente de zéro (p<0,05)
A estimation significativement différente de celle pour les non-Autochtones (p<0,05)
B estimation significativement différente de celle pour les Premières Nations (p<0,05)
C estimation significativement différente de celle pour les Métis (p<0,05)
D estimation significativement différente de celle pour les Inuit (p<0,05)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les effets linéaire et quadratique de l'âge et des catégories manquantes pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont inclus dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau 10
Rapports de cotes corrigés reliant certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé à la probabilité de recevoir le diagnostic d'asthme, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	A : Non-Autochtone (n=56 022)			B : Premières Nations (n=8 698)			C : Métis (n=7 230)			D : Inuit (n=3 957)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Sexe masculin[F]	0,69*	0,62	0,77	0,64*	0,53	0,79	0,69*	0,56	0,83	0,52*	0,35	0,78
Revenu personnel												
Moins de 10 000 $	1,18[D]	0,97	1,44	1,47*	1,08	1,99	1,16[D]	0,87	1,55	3,07*[AC]	1,78	5,30
De 10 000 $ à 19 999 $	1,23*[D]	1,01	1,50	1,68*	1,23	2,31	1,25	0,92	1,70	2,83*[A]	1,60	5,00
De 20 000 $ à 29 999 $	1,17[D]	0,96	1,42	1,23[D]	0,84	1,80	1,14[D]	0,83	1,57	3,22*[ABC]	1,57	6,62
De 30 000 $ à 39 999 $	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	0,99[D]	0,82	1,21	0,96[D]	0,65	1,41	0,81[D]	0,56	1,16	2,29*[ABC]	1,20	4,34
60 000 $ et plus	1,01[D]	0,83	1,24	0,78[D]	0,50	1,18	0,71[D]	0,47	1,07	2,35*[ABC]	1,18	4,69
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	1,47*	1,23	1,74	1,12	0,82	1,52	1,20	0,89	1,61	0,90	0,50	1,64
Diplôme d'études secondaires	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	1,15	0,93	1,42	1,15	0,82	1,62	1,09	0,79	1,50	0,96	0,42	2,23
Diplôme d'études postsecondaires	1,20*	1,04	1,38	1,10	0,81	1,50	1,15	0,87	1,51	0,97	0,52	1,80
Consommation quotidienne de tabac[E]	1,19*[B]	1,05	1,35	0,89[A]	0,72	1,09	1,11	0,92	1,35	0,83	0,58	1,19
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant/normal[F]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	1,29*	1,15	1,45	1,07	0,83	1,39	1,05	0,82	1,34	1,10	0,67	1,80
Obésité	1,68*	1,48	1,92	1,58*	1,23	2,02	1,73*	1,36	2,21	1,21	0,77	1,91
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[F]	1,86*	1,59	2,17	1,72*	1,33	2,22	1,76*	1,37	2,24	1,64	0,95	2,82
Résidence urbaine[F]	1,11*	1,00	1,23	1,09	0,91	1,30	1,23*	1,02	1,48	1,47*	1,06	2,03

* estimation significativement différente de zéro (p<0,05)
[A] estimation significativement différente de celle pour les non-Autochtones (p<0,05)
[B] estimation significativement différente de celle pour les Premières Nations (p<0,05)
[C] estimation significativement différente de celle pour les Métis (p<0,05)
[D] estimation significativement différente de celle pour les Inuit (p<0,05)
[E] catégorie de référence
[F] la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les effets linéaire et quadratique de l'âge et des catégories manquantes pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont inclus dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau 11
Rapports de cotes corrigés reliant certains facteurs sociodémographiques et liés à la santé à la probabilité de recevoir le diagnostic d'arthrite, selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	A : Non-Autochtone (n=56 022)			B : Premières Nations (n=8 698)			C : Métis (n=7 230)			D : Inuit (n=3 957)		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Sexe masculin[F]	0,64*	0,59	0,69	0,65*	0,55	0,77	0,71*	0,60	0,84	0,54*	0,38	0,76
Revenu personnel												
Moins de 10 000 $	1,24*	1,06	1,44	1,54*	1,16	2,05	1,55*	1,18	2,05	1,48	0,93	2,36
De 10 000 $ à 19 999 $	1,27*	1,11	1,46	1,57*	1,14	2,17	1,37*	1,04	1,81	1,50	0,91	2,46
De 20 000 $ à 29 999 $	1,01[C]	0,89	1,16	1,05	0,75	1,47	1,40*[A]	1,06	1,85	1,03	0,61	1,75
De 30 000 $ à 39 999 $	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	0,86*	0,75	0,99	0,98	0,71	1,34	0,76	0,56	1,03	1,31	0,76	2,24
60 000 $ et plus	0,84*[B]	0,72	0,96	0,70*[B]	0,49	1,00	0,81	0,59	1,12	1,39[B]	0,63	3,06
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	1,17*	1,05	1,31	1,22	0,94	1,59	1,15	0,89	1,49	0,71	0,36	1,41
Diplôme d'études secondaires	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	0,99	0,83	1,19	1,18	0,86	1,62	1,00	0,76	1,32	0,66	0,28	1,55
Diplôme d'études postsecondaires	0,94	0,85	1,04	1,13	0,87	1,46	1,04	0,83	1,31	0,77	0,34	1,76
Consommation quotidienne de tabac[E]	1,50*	0,37	1,64	1,46*	1,23	1,73	1,43*	1,20	1,70	1,20	0,84	1,72
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant/normal[F]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	1,36*[B]	1,26	1,47	1,18[B]	0,97	1,44	1,32*[B]	1,08	1,61	0,68[ABC]	0,43	1,07
Obésité	1,98*[B]	1,81	2,18	1,58*	1,28	1,96	1,79*[B]	1,47	2,17	1,10[AC]	0,72	1,69
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[F]	1,99*[BD]	1,78	2,22	2,79*[ACD]	2,18	3,56	2,10*[BD]	1,71	2,60	1,17[ABC]	0,75	1,80
Résidence urbaine[F]	0,86*[BD]	0,80	0,93	1,12[A]	0,96	1,30	0,98[D]	0,84	1,15	1,44[AC]	0,87	2,40

[B] estimation significativement différente de zéro (p<0,05)
[A] estimation significativement différente de celle pour les non-Autochtones (p<0,05)
[B] estimation significativement différente de celle pour les Premières Nations (p<0,05)
[C] estimation significativement différente de celle pour les Métis (p<0,05) (p<.05)
[D] estimation significativement différente de celle pour les Inuit (p<0,05) (p<.05)
[F] catégorie de référence
[E] la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les effets linéaire et quadratique de l'âge et des catégories manquantes pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont inclus dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Discussion et conclusion

En général, la santé des adultes autochtones est moins bonne que celle de leurs homologues non autochtones. Les adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve étaient moins susceptibles de déclarer que leur santé était excellente ou très bonne et plus susceptibles de mentionner au moins une limitation des activités que les non-Autochtones adultes. Il existait également des différences en ce qui concerne la probabilité que soient diagnostiqués divers problèmes de santé chroniques ou des problèmes de santé chroniques particuliers. Ces différences en matière de santé sont encore plus accentuées si l'on tient compte de la structure par âge, en moyenne plus jeune, de la population autochtone.

Cette inégalité en matière de santé diminue dans certains cas après avoir tenu compte des caractéristiques socioéconomiques, telles que le revenu et le niveau de scolarité. Cependant, dans la plupart des cas, les adultes inuits, métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve demeuraient en moins bonne santé que les adultes non autochtones, même si l'on neutralisait l'effet des facteurs de risque socioéconomiques, d'accès aux soins de santé et de mode de vie.

Le fait que des inégalités en matière de santé persistent entre les Canadiens autochtones et non autochtones indique que d'autres facteurs entrent en jeu. Quelques-uns ont soutenu que les facteurs proximaux, c'est-à-dire ceux qui ont un effet direct sur la santé, tels que les caractéristiques comportementales et socioéconomiques, n'expliquent qu'en partie les inégalités en matière de santé, et que des facteurs ayant un effet indirect sur la santé, tels que le système de soins de santé et, plus précisément en ce qui concerne la population autochtone au Canada, des facteurs de racisme et d'exclusion sociale, peuvent jouer un rôle important dans la création et le maintien des inégalités en matière de santé[36,37]. Ce genre de facteurs sont, cependant, difficiles à conceptualiser et à mesurer et n'ont, par conséquent, pas été examinés dans la présente étude.

Le fait que les niveaux de revenu et de scolarité ne puissent pas expliquer entièrement les différences d'état de santé entre les adultes autochtones et non autochtones ne signifie pas que ces facteurs sont sans importance. La présente étude et d'autres[19-21,38] ont montré que de faibles niveaux de revenu et de scolarité sont associés à de moins bons résultats en matière de santé. À un échelon très fondamental, le revenu reflète la capacité d'une personne à avoir accès aux ressources, et les personnes dont le revenu est élevé ont généralement accès à des ressources de meilleure qualité. Ces dernières peuvent englober un logement de haute qualité, des moyens de transport, une nutrition adéquate et l'accès à de l'eau non contaminée, facteurs qui peuvent tous avoir une incidence sur la santé. Les personnes qui atteignent un plus haut niveau de scolarité peuvent être mieux au courant des modes de vie sains et du système de soins de santé, ainsi que de la façon d'utiliser ce dernier.

La présente étude a aussi démontré que les facteurs habituellement associés à la santé de la population générale n'agissent pas de la même façon chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes. Par exemple, chez la population non autochtone, il existe une association significative entre le sexe masculin et une prévalence élevée du diabète. Par contre, chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes, la probabilité d'un diagnostic de diabète est la même chez les hommes que chez les femmes. Il existait également des différences entre les Premières Nations, les Métis et les Inuits en ce qui concerne diverses mesures de la santé. Ces résultats témoignent de plusieurs choses. Premièrement, les facteurs associés à la santé chez les adultes non autochtones ne sont pas forcément ceux qui ont une incidence sur la santé des Autochtones, et leur effet sur la santé n'est pas nécessairement le même. Deuxièmement, il existe aussi d'importantes différences entre les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits adultes en ce qui a trait aux facteurs qui influent sur la santé, ce qui fait ressortir l'importance d'examiner séparément ces divers groupes et de ne pas utiliser une approche globale de l'étude de la santé des autochtones.

Références

1. Statistique Canada, « *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006* », (n° 97-558-XIE au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2008
2. E. Guimond, « Ethnic mobility and the demographic growth of Canada's Aboriginal populations from 1986 to 1996 », dans *Report on the Demographic Situation in Canada, 1998-1999* (Statistique Canada Catalogue 91-209-XIE), publié sous la direction de A. Bélanger, Ottawa, Statistique Canada, 2006.
3. R. Wilkins, S. Uppal, P. Finès, S. Senécal, E. Guimond et R. Dion, « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 » *Rapports sur la santé*, 19(1), 2009, p. 1-13 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2009, p. 25-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

5. Santé Canada, *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada 2000* (Santé Canada, n° H35-4/30-2000 au catalogue) Ottawa, Minister of Health Canada, 2005.
6. T. Janz, J. Seto et A. Turner, *Aboriginal Peoples Survey, 2006: An Overview of the Health of the Métis Population*, (Catalogue 89-637-X — No. 004) Ottawa: Statistique Canada, 2009.
7. RHS National Team, *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03*, Ottawa, Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee, 2007
8. M. Tjepkema, « The health of the off-reserve Aboriginal population », *Rapports sur la santé*, 13(Suppl. 1), 2002, p. 1-16 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. Statistique Canada, 2006 Census of Population – Income Statistics (4) in Constant (2005) Dollars, Age Groups (5A), Aboriginal Identity, Registered Indian Status and Aboriginal Ancestry (21), Highest Certificate, Diploma or Degree (5) and Sex (3) for the Population 15 Years and Over With Income of Canada, Provinces, Territories, 2000 and 2005 - 20% Sample Data (Statistics Canada catalogue 97-563-XCB2006008). Available at: http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=614135&GK=0&GRP=1&PID=96254&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=81&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=.
10. J. Richards, « *Closing the Aboriginal/non-Aboriginal Education Gaps* », Toronto, C.D. Howe Institute, 2008.
11. J. Richards, J. Hove et K. Afolabi, « *Understanding the Aboriginal/Non-Aboriginal Gap in Student Performance: Lessons from British Columbia* »,Toronto, C.D. Howe Institute, 2008.
12. H. Tait, *Aboriginal Peoples Survey, 2006: Inuit Health and Social Conditions* (Statistique Canada, Catalogue 89-637-X — No. 001) Ottawa, Statistique Canada, 2008.
13. K. Avlund, B.E. Holstein, M. Osler *et al.*, « Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position », *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(2), 2003, p. 126-136.
14. E. Backlund, P.D. Sorlie et N.J. Johnson, « The shape of the relationship between income and mortality in the United States - Evidence from the national longitudinal mortality study », *Annals of Epidemiology*, 6(1), 1996, p. 12-20.
15. G.J. Duncan, « Income dynamics and health », *International Journal of Health Services*, 26(3), 1996, p. 419-444.
16. C.L. Hart, G.D. Smith et D. Blane, « Inequalities in mortality by social class measured at 3 stages of the lifecourse », *American Journal of Public Health*, 88(3), 1998, p. 471-474.
17. I. Kawachi, Income inequality and health dans *Social Epidemiolog*, publié sous la direction de L.F. Berkman et I. Kawachi, New York, Oxford University Press, Inc., 2000, p. 76-94.
18. E. Lahelma, P. Martikainen, M. Laaksonen *et al.*, « Pathways between socioeconomic determinants of health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4), 2004, p. 327-332.
19. J.W. Lynch, G.A. Kaplan et S.J. Shema, « Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning », *New England Journal of Medicine*, 337(26), 1997, p. 1889-1895.
20. G. Davey Smith, C. Hart, D. Blane *et al.*, « Lifetime socioeconomic position and mortality: Prospective observational study », *British Medical Journal*, 314(7080), 1997, p. 547-552.
21. G. Davey Smith, C. Hart, D. Blane *et al.*, « Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, 316(7145), 1998, p. 1631-1635.
22. D. Calcutt, *Aboriginal People's Survey, 2006: Concepts and Methods Guide* (Statistique Canada, Catalogue 89-637-X No. 003) Ottawa, Statistique Canada, 2009.
23. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey (CCHS) 2007 Microdata files – User Guide*, Ottawa, Statistics Canada, 2008, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/af-fdr.cgi?l=eng&loc=http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V4-eng.pdf&teng=User%20Guide&tfra=Guide%20de%20l'utilisateur.
24. K. Murphy, S. Connor Gorber et A. O'Dwyer, « *Health State Descriptions for Canadians: Diabetes* », (Statistique Canada, Catalogue 82-619-MIE - No. 002) Ottawa, Statistics Canada, 2005.
25. C. Kelly et G. Booth, « Diabetes in Canadian women », *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), 2004, p. S16-S24.
26. R.J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Ottawa, National Library of Canada, 2002.
27. E. Ng, K. Dasgupta et J.A. Johnson, « An algorithm to differentiate diabetic respondents in the Canadian Community Health Survey », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 1-9 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
28. S.K. Das, « Harmful effects of cigarette smoking », *Molecular and Cellular Biochemistry*, 253(1-2), 2003, p. 159-165.
29. K. Fagerstrom, « The epidemiology of smoking: Health consequences and benefits of cessation », *Drugs*, 62(Suppl 2.), 2002, p. 1-9.
30. G. Charbonneau-Roberts, H. Saudny-Unterberger, H.V. Kuhnlein *et al.*, « Body mass index may overestimate the prevalence of overweight and obesity among the Inuit », *International Journal of Circumpolar Health*, 64(2), 2005, p. 163-169.
31. L. McCargar, *Should the 1988 Canadian Guidelines for Healthy Weights be Updated?* Ottawa, Santé Canada, 2003
32. T.K. Young, P. Bjerregaard, E. Dewailly *et al.*, « Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar Inuit in 3 countries », *American Journal of Public Health*, 97(4), 2007, p. 691-695.
33. K.D. Bertakis et R. Azari, « Obesity and the use of health care services », *Obesity Research*, 13(2), 2005, p. 372-379.
34. A.E. Field, E.H. Coakley, A. Must *et al.*, « Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period », *Archives of Internal Medicine*, 161(9), 2001, p. 1581-1586.
35. I. Janssen, P.T. Katzmarzyk et R. Ross, « Body mass index, waist circumference and health risk: Evidence in support of current National Institutes of Health guidelines », *Archives of Internal Medicine*, 162(11), 2002, p. 2074-2079.
36. M. King, A. Smith et M. Gracey, « Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap », *Lancet*, 374, 2009, p. 76-85.
37. C. Loppie Reading et F. Wien, *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal People's Health*, British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009.
38. N. Krieger, D.R. Williams et N.E. Moss, « Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines », *Annual Review of Public Health*, 18, 1997, p. 341-378.
39. P.A. Allison, « Comparing logit and probit coefficients across groups », *Sociological Methods & Research*, 28(2), 1999, p. 186-208.
40. G. Hoetker, *Confounded coefficients: Accurately comparing logit and probit coefficients across groups*, Illinois, University of Illinois at Urbana-Champaign, 2004.

Notes techniques

L'ESCC et l'EAPA contiennent tous deux des poids de sondage permettant à l'analyste de calculer des estimations généralisables à l'ensemble de la population. Chaque fichier d'enquête contient aussi des poids bootstrap qui sont utilisés pour tenir compte de la complexité du plan de sondage dans les estimations de la variance. Cependant, le nombre et la nature des échantillons bootstrap ne sont pas les mêmes dans les deux enquêtes. Pour l'ESCC, le nombre de poids de rééchantillonnage est de 500, tandis que pour l'EAPA de 2006, il est de 1 000. En outre, l'estimation de la variance doit être corrigée par le facteur de Fay si l'on utilise les poids bootstrap de l'EAPA de 2006, mais non si l'on utilise ceux de l'ESCC. Comme ces différences entre les enquêtes ne pouvaient pas être prises en compte dans un modèle ou un test unique, nous avons recouru à d'autres méthodes dans les analyses comportant des comparaisons entre les répondants autochtones et non autochtones (p. ex. comparaison de proportions ou de moyennes), ou dans les analyses fondées sur un seul modèle appliqué à des échantillons d'Autochtones ainsi que de non-Autochtones.

Calcul et comparaison des statistiques descriptives

Les statistiques descriptives (proportions, moyennes) ont été calculées séparément pour les répondants autochtones et non autochtones, en utilisant les poids de sondage et les poids bootstrap appropriés pour l'enquête en question. Pour comparer les proportions estimées pour les répondants autochtones et non autochtones, nous avons utilisé l'équation suivante :

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{se_{p1}^2 + se_{p2}^2}}$$

où p_1 et p_2 sont les proportions pour chaque échantillon, et se_{p1} et se_{p2} sont les erreurs types des proportions.

Pour comparer les moyennes estimées pour les répondants autochtones et non autochtones, nous avons utilisé l'équation suivante :

$$Z = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{se_{\bar{x}_1}^2 + se_{\bar{x}_2}^2}}$$

où $\bar{x}_1$ et $\bar{x}_2$ sont les moyennes estimées pour les deux échantillons indépendants, et $se_{\bar{x}_1}$ et $se_{\bar{x}_2}$ sont les erreurs types estimées des deux moyennes.

Comparaison des estimations issues d'un seul modèle de régression logistique

Pour certaines analyses, les données de l'ESCC et de l'EAPA ont été incluses dans un seul modèle afin de comparer l'effet relatif de l'identité autochtone sur un résultat particulier. Dans ce genre d'analyse où le modèle englobait des répondants autochtones ainsi que non autochtones, nous avons utilisé un poids de sondage normalisé pour pondérer le modèle. Au lieu de soumettre le modèle au bootstrap, ce qui corrigerait normalement les estimations de la variance afin de tenir compte du plan de sondage complexe, mais n'a pu être entrepris à cause des différences susmentionnées concernant le nombre et la nature des poids bootstrap pour les deux enquêtes, nous avons utilisé une valeur alpha plus prudente ($p<0,01$) pour déceler les effets statistiquement significatifs. Donc, au lieu des intervalles de confiance à 95 %, nous présentons les intervalles de confiance à 99 % pour ce genre d'analyse.

Comparaison des estimations issues de modèles de régression logistiques distincts

Une série d'analyses présentées dans le rapport consistait à déterminer si les caractéristiques socioéconomiques ou les comportements liés au mode de vie avaient les mêmes effets sur les mesures de la santé chez les adultes autochtones et non autochtones. Pour ce faire, nous avons comparé les coefficients de régression logistique (ou leurs rapports de cotes respectifs) obtenus pour des échantillons indépendants. Un problème souvent ignoré dans ce genre de comparaison est attribuable au fait que la variation résiduelle ne suit pas nécessairement la même loi dans les divers échantillons indépendants[39,40]. Si la variation résiduelle n'est pas la même pour les divers échantillons, les différences apparentes entre les coefficients pourraient être causées par des différences de variation résiduelle et non par des différences réelles d'effet entre les deux échantillons.

Pour résoudre ce problème, nous avons exécuté les analyses de plusieurs façons. Premièrement, nous avons exécuté les modèles logistiques séparément pour chaque groupe d'identité autochtone (non-Autochtones, membres des Premières Nations vivant hors réserve, Métis et Inuits) en utilisant les poids de sondage, les poids bootstrap et les procédures appropriées pour l'enquête en question. Nous avons exécuté ces analyses au moyen du logiciel SUDAAN (version 10) appelable dans SAS. Les rapports de cotes générés pour ces modèles sont présentés aux tableaux 7 à 11.

Ensuite, pour aborder la question des différences entre les variations résiduelles, et pour pouvoir effectuer des tests de signification des différences d'effet entre les modèles, nous avons réexécuté les modèles en utilisant le logiciel Mplus

(version 4.1). En nous servant des options de paramétrage thêta, nous avons imposé que la variation résiduelle soit la même dans tous les modèles. Cette variation résiduelle étant ainsi égale, nous avons pu comparer les coefficients résultants afin de déterminer s'il existait des différences réelles d'effet entre les échantillons. Nous avons comparé les coefficients des divers modèles en utilisant la formule suivante :

$$Z = \frac{\beta_{1A} - \beta_{1B}}{\sqrt{SE\beta_{1A} + SE\beta_{1B}}}$$

où β_{1A} et β_{1B} représentent les coefficients pour les effets de la même caractéristique dans les échantillons A et B, respectivement, et où $SE\beta_{1A}$ et $SE\beta_{1B}$ sont les erreurs types de ces coefficients. Les tests de signification pour lesquels $p<0,05$ sont désignés par des indices supérieurs dans les tableaux 7 à 11.

Annexe

Tableau A
Prévalence non corrigée et normalisée selon l'âge et le sexe des problèmes de santé chroniques diagnostiqués selon le groupe d'identité autochtone, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

		Non corrigée			Normalisée selon l'âge et le sexe†		
Chronic conditions	Non-Autochtone	Premières Nations	Métis	Inuit	Premières Nations	Métis	Inuit
				pourcentage			
Arthrite	16,9	24,3*	23,6*	15,2	27,7*	27,6*	20,7*
Asthme	7,4	13,7*	13,5*	8,1	13,3*	13,3*	9,5*
Cancer	1,7	3,2*	3,7*	2,3	4,0*	4,4*	3,3*
Diabète	6,5	9,3*	7,5*	4,9*	11,4*	9,5*	7,6
Emphysème	0,8	1,1*	1,3*	0,7	1,4*	1,7*	1,2
Problèmes cardiaques	5,3	7,5*	7,8*	5,9	9,5*	9,8*	8,6*
Hypertension	18,2	17,9	17,9	14,5*	21,8*	21,7*	20,0
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	1,3	2,5*	2,2*	2,0*	3,5*	2,9*	3,3*
Ulcère à l'estomac/intestin	3,1	13,7*	12,9*	8,7*	14,6*	13,8*	9,9*

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones (p<0,05)
† normalisée selon la structure par âge et sexe de la population non autochtone
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau B
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant l'identité autochtone et certaines caractéristiques à la déclaration d'une santé excellente ou très bonne, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Premières Nations			Métis			Inuit		
		Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %	
	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à	Rapport de cotes	de	à
Non corrigés	0,74*	0,70	0,78	0,92*	0,86	0,98	0,68*	0,63	0,74
Corrigés pour :									
Âge et sexe	0,63*	0,59	0,67	0,79*	0,74	0,85	0,54*	0,50	0,59
plus revenu	0,72*	0,67	0,76	0,86*	0,80	0,92	0,62*	0,56	0,67
plus niveau de scolarité	0,71*	0,67	0,76	0,87*	0,81	0,93	0,71*	0,64	0,77
plus consommation quotidienne de tabac	0,69*	0,65	0,73	0,86*	0,80	0,92	0,69*	0,63	0,75
plus indice de masse corporelle	0,68*	0,64	0,73	0,87*	0,81	0,93	0,60*	0,55	0,66
plus consultation d'un médecin / une infirmière l'année précédente	0,63*	0,59	0,67	0,79*	0,74	0,84	0,54*	0,50	0,59
plus résidence urbaine	0,63*	0,59	0,67	0,79*	0,74	0,84	0,54*	0,49	0,59

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones (p<0,01)
Nota : Les modèles utilisés pour démontrer les associations univariées contiennent les identificateurs de groupes autochtones, l'âge, le sexe et la ou les variables énumérées dans la ligne.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau C
Rapports de cotes corrigés provenant des modèles de régression logistique séquentielle pour la déclaration d'une santé excellente ou très bonne, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4			Étape 5		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Groupe d'identité autochtone															
Non-Autochtones[†]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Premières Nations	0,63*	0,59	0,67	0,78*	0,73	0,83	0,91*	0,85	0,97	0,91*	0,85	0,97	0,90*	0,85	0,97
Métis	0,79*	0,74	0,85	0,91*	0,85	0,98	1,06	0,99	1,14	1,05	0,98	1,13	1,04	0,97	1,12
Inuits	0,54*	0,50	0,59	0,75*	0,69	0,83	1,00	0,91	1,10	1,01	0,92	1,11	0,94	0,85	1,04
Sexe masculin[‡]	1,05*	1,01	1,09	0,95*	0,91	0,99	1,01	0,97	1,05	0,95*	0,91	0,99	0,95*	0,91	0,99
Âge (centré à 20 ans)															
Linéaire	0,99*	0,98	0,99	0,97*	0,97	0,98	0,98*	0,98	0,98	0,98*	0,98	0,99	0,98*	0,98	0,99
Quadratique	0,9998*	0,9997	0,9998	1,0001*	1,0000	1,0001	0,9999*	0,9998	1,0000	0,9999*	0,9998	1,0000	0,9999*	0,9998	1,0000
Revenu personnel															
Moins de10 000 $	...	...	...	0,51*	0,45	0,57	0,49*	0,43	0,55	0,48*	0,43	0,54	0,48*	0,43	0,54
De 10 000 $ à 19 999 $	...	...	...	0,52*	0,49	0,56	0,53*	0,50	0,57	0,53*	0,49	0,57	0,53*	0,49	0,57
De 20 000 $ à 29 999 $	...	...	...	0,56*	0,53	0,60	0,57*	0,53	0,60	0,57*	0,53	0,60	0,57*	0,53	0,60
De 30 000 $ à 39 999 $	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	...	...	...	0,91*	0,86	0,98	0,92*	0,86	0,99	0,92*	0,86	0,99	0,92*	0,86	0,99
60 000 $ et plus	...	...	...	0,93*	0,87	1,00	0,93*	0,86	1,00	0,93*	0,86	1,00	0,92*	0,86	0,99
Niveau de scolarité															
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	0,63*	0,59	0,68	0,66*	0,61	0,70	0,65*	0,61	0,70	0,65*	0,60	0,69
Diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	...	...	...	1,02	0,94	1,10	0,98	0,91	1,07	1,01	0,93	1,09	1,01	0,93	1,10
Diplôme d'études postsecondaires	...	...	...	1,20*	1,13	1,27	1,11*	1,05	1,18	1,13*	1,07	1,20	1,14*	1,07	1,21
Consommation quotidienne de tabac[§]	...	...	...	...	...	...	0,57*	0,54	0,59	0,55*	0,53	0,58	0,55*	0,52	0,58
Indice de masse corporelle															
Poids insuffisant/normal[†]	...	...	...	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	...	...	...	...	...	...	0,75*	0,72	0,79	0,76*	0,72	0,79	0,75*	0,72	0,79
Obésité	...	...	...	...	...	...	0,43*	0,41	0,45	0,44*	0,41	0,46	0,43*	0,41	0,46
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente[§]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,62*	0,59	0,65	0,62*	0,59	0,65
Résidence urbaine[§]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,88*	0,84	0,93

* valeur significativement différente de zéro (p<0,01)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Notes: Les catégories Valeur manquante pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont incluses dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau D
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant l'identité autochtone et certaines caractéristiques au diagnostic d'au moins un problème de santé chronique (relativement à l'identité non autochtone), population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Premières Nations			Métis			Inuit		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à
Non corrigés	1,20*	1,13	1,27	1,20*	1,12	1,28	0,74*	0,68	0,81
Corrigés pour :									
Âge et sexe	1,84*	1,72	1,96	1,82*	1,70	1,96	1,20*	1,09	1,32
plus revenu	1,65*	1,54	1,77	1,70*	1,58	1,83	1,07	0,98	1,18
plus niveau de scolarité	1,70*	1,59	1,82	1,73*	1,61	1,86	1,05	0,95	1,16
plus consommation quotidienne de tabac	1,79*	1,67	1,91	1,78*	1,66	1,91	1,12*	1,02	1,23
plus indice de masse corporelle	1,67*	1,57	1,79	1,66*	1,55	1,79	1,10	1,00	1,21
plus consultation d'un médecin / une infirmière l'année précédente	1,88*	1,76	2,00	1,90*	1,77	2,04	1,20*	1,09	1,32
plus résidence urbaine	1,84*	1,72	1,96	1,83*	1,70	1,96	1,20*	1,09	1,33

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,01$)

Nota : Les problèmes de santé chroniques sont l'arthrite, l'asthme, le cancer, le diabète, l'emphysème, les problèmes cardiaques, l'hypertension, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Les modèles utilisés pour démontrer les associations univariées comprennent les identificateurs de groupes autochtones, l'âge, le sexe et la ou les variables énumérées sur la ligne.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau E
Rapports de cotes corrigés provenant des modèles de régression logistique séquentielle pour le diagnostic d'au moins un problème de santé chronique, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4			Étape 5		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Groupe d'identité autochtone															
Non-Autochtones†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Premières Nations	1,84*	1,72	1,96	1,57*	1,47	1,68	1,41*	1,32	1,51	1,42*	1,33	1,53	1,43*	1,33	1,53
Métis	1,82*	1,70	1,96	1,64*	1,52	1,76	1,47*	1,37	1,58	1,52*	1,41	1,64	1,53*	1,42	1,65
Inuits	1,20*	1,09	1,32	0,98	0,89	1,08	0,86*	0,77	0,95	0,83*	0,75	0,92	0,86*	0,77	0,96
Sexe masculin‡	0,84*	0,81	0,88	0,89*	0,85	0,93	0,82*	0,79	0,86	0,90*	0,86	0,95	0,91*	0,86	0,95
Âge (centré à 20 ans)															
Linéaire	1,00	0,99	1,00	1,01	1,00	1,01	1,00	0,99	1,00	1,00	0,99	1,00	1,00	0,99	1,00
Quadratique	1,0009*	1,0008	1,0010	1,0008*	1,0007	1,0008	1,0009*	1,0008	1,0010	1,0009*	1,0008	1,0010	1,0009*	1,0008	1,0010
Revenu personnel															
Moins de 10 000 $	...	...	...	1,24*	1,09	1,41	1,28*	1,12	1,46	1,30*	1,14	1,48	1,30*	1,14	1,48
De 10 000 $ à 19 999 $	...	...	...	1,50*	1,39	1,63	1,51*	1,39	1,63	1,51*	1,39	1,64	1,51*	1,40	1,64
De 20 000 $ à 29 999 $	...	...	...	1,46*	1,36	1,56	1,47*	1,37	1,57	1,48*	1,38	1,59	1,49*	1,39	1,59
De 30 000 $ à 39 999 $	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	...	...	...	1,11*	1,03	1,19	1,11*	1,03	1,19	1,12*	1,04	1,20	1,12*	1,04	1,20
60 000 $ et plus	...	...	...	1,05	0,97	1,13	1,04	0,96	1,13	1,05	0,97	1,14	1,05	0,97	1,14
Niveau de scolarité															
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,24*	1,15	1,34	1,22*	1,13	1,31	1,24*	1,15	1,34	1,25*	1,15	1,35
Diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	...	...	...	1,20*	1,10	1,31	1,22*	1,11	1,33	1,18*	1,07	1,29	1,17*	1,07	1,29
Diplôme d'études postsecondaires	...	...	...	0,95	0,89	1,01	1,00	0,94	1,06	0,96	0,90	1,02	0,96	0,90	1,02
Consommation quotidienne de tabac§	...	...	...	...	...	...	1,22*	1,15	1,28	1,28*	1,21	1,35	1,28*	1,21	1,35
Indice de masse corporelle															
Poids insuffisant/normal†	...	...	...	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	...	...	...	...	...	...	1,50*	1,42	1,58	1,49*	1,41	1,57	1,49*	1,42	1,57
Obésité	...	...	...	...	...	...	2,70*	2,54	2,87	2,65*	2,49	2,82	2,66*	2,50	2,83
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente¶	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,66*	2,50	2,82	2,65*	2,50	2,82
Résidence urbaine‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,07*	1,01	1,13

* valeur significativement différente de zéro (p<0,01)

† catégorie de référence

‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les problèmes de santé chroniques sont l'arthrite, l'asthme, le cancer, le diabète, l'emphysème, les problèmes cardiaques, l'hypertension, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Les catégories Valeur manquante pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont incluses dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau F
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant l'identité autochtone et certaines caractéristiques au diagnostic de diabète (relativement à l'identité non autochtone), population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Premières Nations			Métis			Inuit		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à
Non corrigés	1,47*	1,33	1,64	1,16*	1,03	1,32	0,75*	0,62	0,91
Corrigés pour :									
Âge et sexe	2,14*	1,91	2,39	1,61*	1,42	1,83	1,22	1,00	1,49
plus revenu	1,94*	1,73	2,18	1,52*	1,33	1,73	1,10	0,89	1,34
plus niveau de scolarité	1,99*	1,78	2,23	1,53*	1,34	1,74	1,03	0,84	1,26
plus consommation quotidienne de tabac	2,17*	1,94	2,42	1,62*	1,43	1,85	1,25*	1,02	1,53
plus indice de masse corporelle	1,84*	1,64	2,06	1,35*	1,19	1,54	1,02	0,83	1,25
plus consultation d'un médecin / une infirmière l'année précédente	2,14*	1,92	2,40	1,63*	1,43	1,85	1,21	0,99	1,48
plus résidence urbaine	2,15*	1,93	2,41	1,63*	1,44	1,86	1,29*	1,05	1,59

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,01$)

Nota : Les modèles utilisés pour démontrer les associations univariées contiennent les identificateurs de groupe autochtone, l'âge, le sexe, et la ou les variables énumérées dans la ligne.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau G
Rapports de cotes corrigés provenant des modèles de régression logistique séquentielle pour le diagnostic du diabète, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4			Étape 5		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Groupe d'identité autochtone															
Non-Autochtones†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Premières Nations	2,14*	1,91	2,39	1,85*	1,65	2,08	1,63*	1,45	1,84	1,64*	1,46	1,85	1,66*	1,47	1,87
Métis	1,61*	1,42	1,83	1,46*	1,28	1,67	1,25*	1,09	1,43	1,26*	1,10	1,44	1,28*	1,12	1,47
Inuits	1,22	1,00	1,49	0,97	0,79	1,19	0,87	0,90	1,07	0,85	0,69	1,05	0,96	0,77	1,19
Sexe masculin‡	1,24*	1,15	1,37	1,38*	1,27	1,49	1,32*	1,22	1,44	1,39*	1,28	1,51	1,40*	1,29	1,52
Âge (centré à 20 ans)															
Linéaire	1,14*	1,13	1,15	1,14*	1,13	1,16	1,13*	1,12	1,14	1,12*	1,11	1,14	1,13*	1,11	1,14
Quadratique	0,9990*	0,9988	0,9991	0,9988*	0,9987	0,9990	0,9990*	0,9989	0,9992	0,9990*	0,9989	0,9992	0,9990*	0,9989	0,9992
Revenu personnel															
Moins de10 000 $	...	...	...	1,63*	1,29	2,05	1,70*	1,34	2,15	1,71*	1,35	2,16	1,71*	1,35	2,17
De 10 000 $ à 19 999 $	...	...	...	1,74*	1,52	1,99	1,75*	1,52	2,01	1,73*	1,50	1,99	1,75*	1,52	2,01
De 20 000 $ à 29 999 $	...	...	...	1,63*	1,45	1,82	1,67*	1,49	1,88	1,68*	1,49	1,89	1,69*	1,50	1,90
De 30 000 $ à 39 999 $	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	...	...	...	1,40*	1,23	1,60	1,43*	1,25	1,64	1,44*	1,25	1,64	1,44*	1,26	1,65
60 000 $ et plus	...	...	...	1,03	0,87	1,21	1,04	0,88	1,22	1,04	0,88	1,23	1,05	0,89	1,23
Niveau de scolarité															
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,28*	1,13	1,45	1,22*	1,07	1,38	1,22*	1,08	1,39	1,24*	1,09	1,41
Diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	...	...	...	0,98	0,82	1,16	0,96	0,81	1,14	0,93	0,78	1,11	0,93	0,78	1,10
Diplôme d'études postsecondaires	...	...	...	0,85*	0,76	0,96	0,88*	0,78	0,99	0,85*	0,76	0,96	0,85*	0,76	0,96
Consommation quotidienne de tabac§	...	...	...	...	...	...	0,97	0,88	1,08	1,00	0,91	1,11	1,00	0,90	1,11
Indice de masse corporelle															
Poids insuffisant/normal†	...	...	...	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	...	...	...	...	...	...	1,92*	1,72	2,14	1,90*	1,70	2,12	1,91*	1,71	2,13
Obésité	...	...	...	...	...	...	4,80*	4,30	5,35	4,69*	4,20	5,23	4,74*	4,24	5,29
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente§	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,51*	2,18	2,88	2,51*	2,18	2,88
Résidence urbaine§	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,23*	1,12	1,36

* valeur significativement différente de zéro (p<0,01)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Notes: Les catégories Valeur manquante pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont incluses dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau H
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant l'identité autochtone et certaines caractéristiques au diagnostic d'asthme (relativement à l'identité non autochtone), population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Premières Nations			Métis			Inuit		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à
Non corrigés	1,97*	1,80	2,16	1,95*	1,77	2,15	1,09	0,94	1,28
Corrigés pour :									
Âge et sexe	1,91*	1,74	2,09	1,92*	1,74	2,12	1,07	0,91	1,25
plus revenu	1,77*	1,61	1,94	1,81*	1,64	2,00	0,99	0,84	1,15
plus niveau de scolarité	1,84*	1,68	2,03	1,88*	1,70	2,08	0,99	0,84	1,16
plus consommation quotidienne de tabac	1,90*	1,73	2,08	1,91*	1,73	2,11	1,05	0,89	1,23
plus indice de masse corporelle	1,80*	1,64	1,97	1,81*	1,64	2,00	1,02	0,87	1,20
plus consultation d'un médecin / une infirmière l'année précédente	1,92*	1,75	2,10	1,95*	1,76	2,15	1,06	0,91	1,24
plus résidence urbaine	1,92*	1,76	2,11	1,94*	1,76	2,15	1,14	0,97	1,34

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,01$)

Nota : Les modèles utilisés pour démontrer les associations univariées contiennent les identificateurs de groupe autochtone, l'âge, le sexe, et la ou les variables énumérées dans la ligne.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau I
Rapports de cotes corrigés provenant des modèles de régression logistique séquentielle pour le diagnostic d'asthme, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4			Étape 5		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 % de	à	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 % de	à
Groupe d'identité autochtone															
Non-Autochtones†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Premières Nations	1,91*	1,74	2,09	1,73*	1,57	1,91	1,64*	1,49	1,80	1,64*	1,49	1,81	1,65*	1,49	1,82
Métis	1,92*	1,74	2,12	1,79*	1,62	1,98	1,69*	1,53	1,88	1,71*	1,55	1,90	1,74*	1,57	1,93
Inuits	1,07	0,91	1,25	0,93	0,79	1,10	0,90	0,76	1,06	0,88	0,75	1,04	0,96	0,81	1,14
Sexe masculin‡	0,63*	0,59	0,68	0,65*	0,60	0,69	0,62*	0,58	0,66	0,66*	0,61	0,71	0,66*	0,61	0,71
Âge (centré à 20 ans)															
Linéaire	0,99*	0,98	1,00	0,99	0,99	1,00	0,99*	0,98	0,99	0,99*	0,98	0,99	0,99*	0,98	0,99
Quadratique	1,0002*	1,0000	1,0003	1,0001	0,9999	1,0002	1,0001*	1,0000	1,0003	1,0001*	1,0000	1,0002	1,0001*	1,0000	1,0002
Revenu personnel															
Moins de10 000 $	...	...	...	0,92	0,75	1,13	0,94	0,76	1,15	0,94	0,77	1,16	0,94	0,77	1,16
De 10 000 $ à 19 999 $	...	...	...	1,23*	1,10	1,38	1,22*	1,09	1,37	1,23*	1,09	1,37	1,23*	1,10	1,38
De 20 000 $ à 29 999 $	...	...	...	1,27*	1,15	1,40	1,27*	1,15	1,40	1,27*	1,15	1,40	1,27*	1,15	1,40
De 30 000 $ à 39 999 $	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	...	...	...	0,94	0,84	1,06	0,94	0,84	1,06	0,94	0,84	1,06	0,95	0,84	1,06
60 000 $ et plus	...	...	...	0,98	0,86	1,12	0,98	0,86	1,12	0,98	0,86	1,12	0,99	0,87	1,13
Niveau de scolarité															
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,32*	1,18	1,49	1,31*	1,16	1,47	1,31*	1,17	1,48	1,32*	1,18	1,49
Diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	...	...	...	1,18*	1,03	1,35	1,18*	1,03	1,35	1,15*	1,00	1,32	1,15*	1,00	1,31
Diplôme d'études postsecondaires	...	...	...	1,16*	1,05	1,28	1,19*	1,07	1,32	1,16*	1,05	1,28	1,16*	1,04	1,28
Consommation quotidienne de tabac§	...	...	...	...	...	...	1,07	0,98	1,16	1,08*	1,00	1,18	1,08*	1,00	1,18
Indice de masse corporelle															
Poids insuffisant/normal†	...	...	...	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	...	...	...	...	...	...	1,21*	1,12	1,32	1,20*	1,11	1,31	1,21*	1,11	1,31
Obésité	...	...	...	...	...	...	1,69*	1,54	1,85	1,65*	1,51	1,81	1,66*	1,52	1,82
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,80*	1,63	1,98	1,79*	1,63	1,98
Résidence urbaine‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,15*	1,06	1,26

* valeur significativement différente de zéro (p<0,01)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Notes: Les catégories Valeur manquante pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont incluses dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau J
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant l'identité autochtone et certaines caractéristiques au diagnostic d'arthrite (relativement à l'identité non autochtone), population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Premières Nations			Métis			Inuit		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à
Non corrigés	1,57*	1,46	1,69	1,52*	1,41	1,64	0,88*	0,78	0,99
Corrigés pour :									
Âge et sexe	2,46*	2,27	2,66	2,38*	2,18	2,59	1,53*	1,34	1,73
plus revenu	2,24*	2,07	2,43	2,24*	2,05	2,44	1,38*	1,21	1,57
plus niveau de scolarité	2,32*	2,14	2,51	2,27*	2,08	2,48	1,36*	1,19	1,55
plus consommation quotidienne de tabac	2,33*	2,15	2,52	2,27*	2,08	2,47	1,35*	1,18	1,53
plus indice de masse corporelle	2,30*	2,13	2,50	2,22*	2,04	2,42	1,45*	1,28	1,65
plus consultation d'un médecin / une infirmière l'année précédente	2,48*	2,29	2,68	2,41*	2,21	2,63	1,52*	1,34	1,73
plus résidence urbaine	2,44*	2,25	2,64	2,34*	2,15	2,55	1,43*	1,25	1,63

* valeur significativement différente de l'estimation pour les non-Autochtones ($p<0,01$)

Nota : Les modèles utilisés pour démontrer les associations univariées contiennent les identificateurs de groupe autochtone, l'âge, le sexe, et la ou les variables énumérées dans la ligne.

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.

Tableau K
Rapports de cotes corrigés provenant des modèles de régression logistique séquentielle pour le diagnostic d'arthrite, population hors réserve âgée de 20 ans et plus, Canada, 2006-2007

	Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4			Étape 5		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 99 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Groupe d'identité autochtone															
Non-Autochtones†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Premières Nations	2,46*	2,27	2,66	2,17*	2,00	2,36	1,96*	1,80	2,13	1,97*	1,81	2,14	1,96*	1,80	2,13
Métis	2,38*	2,18	2,59	2,18*	1,99	2,38	1,97*	1,81	2,16	2,00*	1,83	2,19	1,99*	1,82	2,18
Inuits	1,53*	1,34	1,73	1,28*	1,12	1,46	1,12	0,98	1,28	1,10	0,96	1,26	1,06	0,92	1,22
Sexe masculin‡	0,59*	0,56	0,63	0,63*	0,60	0,67	0,60*	0,57	0,64	0,63*	0,59	0,66	0,63*	0,59	0,66
Âge (centré à 20 ans)															
Linéaire	1,12*	1,11	1,13	1,12*	1,12	1,13	1,12*	1,11	1,12	1,11*	1,11	1,12	1,11*	1,11	1,12
Quadratique	0,9993*	0,9992	0,9994	0,9992*	0,9991	0,9993	0,9993*	0,9992	0,9994	0,9993*	0,9992	0,9994	0,9993*	0,9992	0,9994
Revenu personnel															
Moins de10 000 $	...	...	...	1,24*	1,06	1,45	1,26*	1,08	1,48	1,27*	1,08	1,49	1,27*	1,08	1,49
De 10 000 $ à 19 999 $	...	...	...	1,53*	1,40	1,69	1,49*	1,36	1,64	1,49*	1,35	1,64	1,49*	1,35	1,63
De 20 000 $ à 29 999 $	...	...	...	1,44*	1,33	1,56	1,41*	1,31	1,53	1,42*	1,31	1,54	1,42*	1,31	1,53
De 30 000 $ à 39 999 $	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
De 40 000 $ à 59 999 $	...	...	...	1,09	1,00	1,20	1,08	0,98	1,18	1,08	0,98	1,18	1,08	0,98	1,18
60 000 $ et plus	...	...	...	0,99	0,89	1,10	0,98	0,88	1,09	0,98	0,88	1,09	0,97	0,88	1,08
Niveau de scolarité															
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,17*	1,08	1,28	1,14*	1,04	1,24	1,14*	1,05	1,25	1,14*	1,04	1,25
Diplôme d'études secondaires	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Études postsecondaires partielles	...	...	...	1,03	0,92	1,16	1,04	0,92	1,16	1,01	0,90	1,14	1,01	0,90	1,14
Diplôme d'études postsecondaires	...	...	...	0,93	0,86	1,00	0,97	0,90	1,05	0,95	0,87	1,02	0,95	0,88	1,03
Consommation quotidienne de tabac‡	...	...	...	...	...	...	1,45*	1,36	1,55	1,50*	1,41	1,60	1,50*	1,41	1,60
Indice de masse corporelle															
Poids insuffisant/normal†	...	...	...	...	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Excès de poids	...	...	...	...	...	...	1,31*	1,23	1,40	1,30*	1,22	1,39	1,30*	1,22	1,39
Obésité	...	...	...	...	...	...	1,91*	1,78	2,05	1,86*	1,73	2,00	1,85*	1,72	1,99
A consulté un médecin ou une infirmière l'année précédente‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,05*	1,89	2,22	2,05*	1,89	2,23
Résidence urbaine‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,94	0,88	1,00

* valeur significativement différente de zéro (p<0,01)
† catégorie de référence
‡ la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
... n'ayant pas lieu de figurer
Notes: Les catégories Valeur manquante pour le revenu, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle sont incluses dans le modèle, mais les données ne sont pas présentées.
Sources : Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, cycle 4.1.